

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**INTERVENCIÓN EN TERAPIA COGNITIVA, DE AARON T. BECK, EN PACIENTES
CON DEPRESIÓN, DE UN CENTRO DE SALUD DE LA CIUDAD DE PANAMÁ**

POR
LCDA. ANAÍS I. ESPINOSA R.

TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO
PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

PANAMÁ, 2019

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

Título del proyecto:	Intervención en Terapia Cognitiva, de Aaron T. Beck, en pacientes con depresión, de un centro de salud de la Ciudad de Panamá.
Código:	CE-PT-327-14-06-18-183
Nombre del estudiante:	Anaís I. Espinosa R. Cédula: 8-831-89
Especialidad:	Maestría en Psicología Clínica
Duración estimada en meses:	6 meses
Fecha de inicio:	julio 2018
Fecha de culminación:	diciembre 2018
Duración estimada en meses:	6 meses
Unidad ejecutora del proyecto:	Maestría en Psicología Clínica
Nombre del Asesor:	Prof. Ricardo López
Firma del asesor:	_____
Aprobado por:	_____
Coordinador del Programa	Director de Postgrado

DEDICATORIA

A Dios, por permitirme vivir cada momento en la vida, por ser mi fuerza, motivación y guía.

A mis padres, por todos sus consejos y colaboración en estos años de estudio, a mis abuelos, hermanas, tíos, primos y demás familiares que han contribuido en mi formación personal y académica.

A todas las personas que me han apoyado en el desarrollo de mi profesión.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, por la oportunidad de alcanzar este sueño y abrirme las puertas para culminar con éxito mis estudios de maestría.

A mis padres y familiares por todo el amor y la motivación.

A mi esposo, Reynaldo Castillo, por impulsarme a alcanzar mis metas y su apoyo incondicional.

A la Lcda. Argelis Acuña, por todas sus enseñanzas y apoyo en esta investigación.

También, al Dr. Max Pinzón, Director del Centro de Salud “José G. Lewis”, de El Chorrillo, por permitirme realizar esta intervención en las instalaciones del centro de salud y al Mgtr. Luis Alvarado, por todos los conocimientos aprendidos en el área clínica y en el tratamiento psicológico de los pacientes.

Un agradecimiento muy especial al Mgtr. Guillermo Valdés (q.e.p.d.), por ser mi mentor, amigo y por todos sus aprendizajes.

Mi casa de estudios, la Universidad de Panamá, Facultad de Psicología y a todos sus profesores, por toda la formación académica.

A mis asesores, al Dr. Ricardo López, a la Mgtr. Elsa Fajardo y al Mgtr. Nelson Riquelme por toda su colaboración. También a todos mis compañeros de la maestría en Psicología Clínica, por su contribución con esta investigación.

INDICE GENERAL

PORTADA	i
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
RESUMEN	xii
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I - FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	4
1.1 Antecedentes	5
1.2 Definición de depresión	7
1.3 Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE- 11 (2018)	10
1.4 Clasificación diagnóstica según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales- DSM-V (2014)	12
1.5 Situación de la depresión a nivel mundial y nacional	14
1.6 Consecuencias de la depresión	16
1.7 Enfoques para el abordaje de la depresión a nivel mundial	18
1.8 Abordaje de la depresión en los centros del Ministerio de Salud de Panamá	21
1.9 Programas para la depresión	22
CAPÍTULO II- TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DEPRESIVO	23
2.1 ¿Por qué brindar un tratamiento en terapia cognitiva a estos pacientes con depresión?	24
2.2 La eficacia de la terapia cognitiva de Beck	25
2.3 Definición de Terapia Cognitiva	27
2.4 Modelos cognitivos: perspectiva histórica	30
2.5 El modelo cognitivo de la depresión	33

2.5.1 Concepto de tríada cognitiva	34
2.5.2 Organización estructural del pensamiento depresivo	36
2.5.3 Errores en el procesamiento de la información	37
CAPÍTULO III - MARCO METODOLÓGICO	39
3.1 Planteamiento del Problema	40
3.2 Justificación de la Investigación	40
3.3 Planteamiento de Objetivos	42
3.3.1 Objetivos Generales	42
3.3.2 Objetivos Específicos	42
3.4 Sujetos	42
3.4.1 Universo	42
3.4.2 Muestra	43
3.4.3 Método de selección de los participantes	43
3.5 Diseño de Investigación	44
3.6 Formulación de hipótesis	46
3.7 Procedimiento de recolección de información	47
3.8 Descripción del Instrumento del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)	51
3.9 Variables	54
3.9.1 Variable independiente: Programa de Intervención Psicoterapéutica para la depresión de Aaron T. Beck.	54
3.9.2 Variable dependiente: Depresión	55
3.10 Métodos de intervención	56
Programa de Intervención Psicoterapéutica para la depresión de Aaron T. Beck.	56
3.11 Procedimiento estadístico	60
CAPITULO IV- PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	61
4.1 Parte. Datos sociodemográficos	62
4.2 Parte. Prueba de hipótesis	65
4.3 Análisis de los Resultados	69
CONCLUSIONES	72

RECOMENDACIONES	74
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características de la muestra	62
Tabla 2. Prueba T para medias de dos muestras emparejadas- Inventario de Depresión	65
Tabla 3. Prueba T para medias de dos muestras emparejadas Inventario de Ansiedad de Beck	66
Tabla 4. Prueba T para medias de dos muestras emparejadas Escala de Intencionalidad Suicida de Beck	67
Tabla 5. Prueba T para medias de dos muestras emparejadas Escala de desesperanza de Beck	68

INDICE DE FIGURAS

Fig. 1. Distribución de la muestra de acuerdo al sexo	63
Fig. 2. Distribución de la muestra de acuerdo al nivel de educación	63
Fig. 3. Distribución de la muestra de acuerdo a la ocupación	64
Fig. 4. Antecedentes familiares con depresión	64
Fig. 5. Resultados antes y después, Inventario de Depresión de Beck	65
Fig. 6. Resultados antes y después, Inventario de Ansiedad de Beck	66
Fig. 7. Resultados antes y después, Escala de Intencionalidad Suicida de Beck	67
Fig. 8. Resultados antes y después, Escala de Desesperanza de Beck	68

INDICE DE ANEXOS

Anexo No. 1. Consentimiento Informado	81
Anexo No. 2 Inventario de depresión de Beck	82
Anexo No. 3 Historias Clínicas- Caso No. 1	88
Caso No. 2	90
Caso No. 3	92
Caso No. 4	94
Caso No. 5	96
Caso No. 6	98
Caso No. 7	100
Caso No. 8	102
Caso No. 9	104
Caso No. 10	106
Anexo No. 4. Luchar contra la depresión- Aaron T. Beck –R.L. Greenberg	108

RESUMEN

El presente estudio ha tenido como propósito la intervención en Terapia Cognitiva de Aaron T. Beck, en pacientes con síntomas depresivos, atendidos en un centro de salud de la ciudad de Panamá. Se escogieron 10 pacientes, entre las edades de 18 a 35 años, con diagnóstico de depresión, que se ajustaban a los criterios de inclusión y exclusión. Los pacientes fueron referidos por el psiquiatra y el psicólogo clínico del centro. El tratamiento se realizó en 15 sesiones en total, distribuidas en dos sesiones a la semana y se evaluaron los síntomas al inicio y al final de la investigación. Se aplicaron los inventarios de depresión y ansiedad, escala de desesperanza y de intencionalidad suicida de Beck, las entrevistas psicológicas y el registro diario de pensamientos distorsionados. Se utilizó un diseño preexperimental con un solo grupo antes y después. Los resultados de esta investigación, señalan que al inicio de la intervención las puntuaciones en el Inventario de Depresión de Beck oscilaban en el rango de 21-40, consideradas como depresión de moderada a severa, y al finalizar de 0-16 como ligera y normal. El uso del estadístico T de Student para muestras apareadas fue de 11.38, siendo mayor que el valor crítico de 1.83 con una $p < 0.05$. Lo que nos indica que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa. La diferencia fue significativa en las puntuaciones antes y después, indicándonos una disminución de los síntomas depresivos.

ABSTRACT

The present study has had as the purpose the intervention in Cognitive Therapy of Aaron T. Beck in patients with depressive symptoms, attended in a health center of the city of Panama. We chose 10 patients between the ages of 18 and 35 years, who were referred by the psychiatrist and the clinical psychologist of the center, diagnosed with depression and adjusted to the inclusion and exclusion criteria. The treatment was performed in 15 sessions in total, distributed in two sessions a week and the symptoms were evaluated at the beginning and at end of the investigation. Depression and anxiety inventories, Beck's scale of hopelessness and suicidal intent, psychological interviews and the daily record of distorted thoughts were applied. A preexperimental design with a single group before and after was used. The results of this investigation indicate that at the beginning of the treatment the scores on the Beck Depression Inventory ranged from 21-40, considered moderate to severe depression, and at the end of 0-16, as light and normal. The use of the T Student statistic for paired samples was 11.38, being greater than the critical value of 1.83 with a $p < 0.05$. This indicates that the null hypothesis is rejected and the alternative hypothesis is accepted. The difference was significant in the scores before and after, indicating a decrease in depressive symptoms.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se enfocó en disminuir los síntomas depresivos de los pacientes referidos al área de Psicología, que se atendían en un centro de salud de la ciudad de Panamá, con una intervención terapéutica enfocada en la terapia cognitiva de Aaron T. Beck.

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, dificultar sensiblemente en el trabajo o la escuela y reducir la capacidad de afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave, se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional (OMS, 2017).

El modelo cognitivo ofrece una hipótesis acerca de la predisposición y la aparición de la depresión. En pocas palabras, la teoría propone que algunas experiencias tempranas proporcionan la base para formar conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo. Estos conceptos negativos (esquemas) pueden permanecer latentes y ser activos por determinadas circunstancias, análogas a las experiencias inicialmente responsables de la formación de las actitudes negativas. (Beck, 2005, p. 24).

Al inicio de la intervención, se aplicaron los inventarios de depresión, ansiedad, desesperanza e ideación suicida de Beck, a los pacientes referidos por el psiquiatra y el psicólogo clínico del centro y al finalizar se repitieron los inventarios para la evaluación de sus síntomas.

Esta investigación se desarrolló de la siguiente manera: En el primer capítulo, se explicarán los antecedentes, conceptos, criterios diagnósticos, la realidad mundial y nacional de la depresión. En el segundo capítulo, se mencionará el tratamiento del modelo cognitivo de la depresión, basado en la teoría cognitiva de Aaron T. Beck. En el tercer capítulo, se profundizará en la justificación, la metodología y el procedimiento estadístico. En el cuarto capítulo, la presentación, análisis de los resultados y después, las conclusiones y recomendaciones de esta investigación.

Finalmente, las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPITULO I - FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

CAPÍTULO I

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1.1 Antecedentes

Las investigaciones realizadas en la ciudad de Panamá, que sustentan la intervención en Terapia Cognitiva de Aaron T. Beck en pacientes con síntomas depresivos y que orientan el cumplimiento de los objetivos de este estudio, son las siguientes:

En primer lugar se tiene que, en el año 2016, fue presentada en la Universidad de Panamá, Facultad de Psicología, el trabajo de grado titulado:

“Efectos de la terapia cognitivo conductual en el manejo de la depresión y calidad de vida en pacientes diagnosticadas con cáncer de mamas”, por la Lcda. Lourdes Tejedor, como requisito para optar por el título de Magíster en Psicología Clínica. El propósito del estudio consistió en investigar los efectos que ejerce la terapia cognitivo conductual en el estado de ánimo y los niveles de calidad de vida de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mamas, que pertenecen a la Asociación Nacional contra el cáncer, con sede en Veraguas. Este programa se basó en un diseño preexperimental, con un solo grupo con medidas pretest, posttest y retest. La terapia cognitivo conductual produjo efectos positivos en el manejo de la depresión, en los niveles de calidad de vida, satisfacción y placer en las participantes, en el aspecto cualitativo, no así en el cuantitativo, dando a conocer que la terapia fue efectiva y necesaria para las participantes. (Tejedor, 2016).

En el año 2015, fue presentado en la Universidad de Panamá, Facultad de Psicología, Programa de Maestría en Psicología Clínica, el trabajo de grado:

“Aplicación y evaluación de un programa cognitivo conductual en pacientes con trastornos depresivos, que asisten a la clínica de diabetes del Hospital Regional Anita Moreno, de Los Santos” por el Lcdo. Héctor D. Camarena, como requisito para optar por el título de Magíster en Psicología Clínica. A través de un diseño de investigación de pretest y posttest, con un solo grupo, fue evaluada la efectividad de una intervención cognitivo conductual en un grupo aplicado a pacientes diabéticos que presentaban síntomas depresivos a causa de la enfermedad. El tratamiento fue ofrecido en doce sesiones, una vez a la semana con una duración de dos horas cada sesión. El uso del estadístico t para muestras apareadas nos da un valor de 21,4, mayor que el valor crítico de 17 para una $p < 0.05$ y $gl = 14$. Se rechazó la hipótesis nula y se concluyó que las diferencias en las puntuaciones antes y después, resultaron estadísticamente significativas. (Camarena, 2015).

También, se investigó el estudio “Efectos de la aplicación de la terapia cognitiva conductual en los niveles de depresión de los enfermos renales crónicos terminales, atendidos en la unidad de Hemodiálisis, de la Policlínica Dr. Horacio Díaz Gómez, de la ciudad de Santiago de Veraguas”, presentado en el año 2015 por el Lcdo. Orlando González Pinto. Este estudio de tipo correlacional, con un modelo pretest-posttest sin grupo control, utilizó la “Escala de depresión de Zung” para determinar el diagnóstico de cada paciente. Se encontró que la terapia disminuye globalmente los síntomas depresivos en los pacientes. Se observó mejoría en los síntomas asociados a tristeza, llanto fácil, pérdida de peso, taquicardia/palpitaciones, concentración,

irritabilidad, toma de decisiones y satisfacción por las actividades que realizaban. (González, 2015).

La investigación realizada por Merikangas KR, Swendsen J, Hickie IB, et al. Monitoreo móvil en tiempo real de las asociaciones dinámicas entre actividad motora, energía, estado de ánimo y sueño en adultos con trastorno bipolar, publicado el 12 de diciembre de 2018, en JAMA Psiquiatría, indican que del total de 242 participantes, 92 eran hombres y 150 mujeres, con una edad media de 48 años. Entre los participantes, 54 tenían trastorno bipolar, 91 tenían trastorno depresivo mayor y 97 eran controles sin antecedentes de trastorno del estado de ánimo. Se encontró una asociación unidireccional entre la actividad motora y el nivel de energía subjetiva, así como entre la actividad motora y el sueño. Estos hallazgos sugieren que las intervenciones centradas en la actividad motora y la energía pueden tener mayor eficacia que los enfoques actuales que apuntan al estado de ánimo depresivo. Tanto el seguimiento activo como el pasivo de múltiples sistemas regulatorios son importantes en el diseño de objetivos terapéuticos. (Merikangas KR, Swendsen J, Hickie IB, et al.,2018).

1.2 Definición de depresión

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) afirma lo siguiente:

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, dificultar sensiblemente en el trabajo o la escuela y reducir la capacidad de afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es

leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave, se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. (OMS, 2017).

El término de depresión que propone Vallejo (2011) menciona que:

El término depresión se utiliza en tres sentidos: síntoma, síndrome y enfermedad. Como síntoma puede acompañar a otros trastornos psíquicos, como los trastornos de angustia; como síndrome agrupa unos procesos caracterizados por tristeza, inhibición, culpa, minusvalía y pérdida del impulso vital, y como enfermedad se observa como un trastorno de origen biológico en el que puede delimitarse una etiología, una clínica, un curso, un pronóstico y un tratamiento específico. El eje nuclear afectivo de la depresión es la tristeza vital y profunda que envuelve al sujeto hasta afectar a todas las esferas de su relación intra e interpersonal. (Vallejo, 2011, p. 410).

La clínica de la depresión se agrupa en cinco grandes áreas: afectividad, pensamiento-cognición, conducta, ritmos biológicos y trastornos somáticos. (Vallejo, 2011, p. 410).

Chinchilla (2008) explica que la depresión es “el más frecuente de los trastornos psiquiátricos graves, con un alto índice de morbilidad, causante de intensos sufrimientos para los pacientes y familiares, pérdidas económicas y riesgos elevados de suicidio”. (Chinchilla, 2008, p. 9).

En el libro *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría* de Vallejo (2011), mencionan en una publicación de Vallejo y cols. (1987a) los factores de riesgo como:

-Biológicos: genéticos (historia familiar), marcadores biológicos como la persistencia de MHPG urinario (metabolito de la noradrenalina, en la orina de pacientes depresivos) y 5-HIAA en LCR (hidroxindolacético, metabolito principal de la serotonina en el cuerpo humano), disminuidos tras la recuperación clínica, indican riesgo de recidivas. La latencia REM acortada, junto a otros datos (hipersomnía), caracteriza un grupo de depresiones aparentemente caracteriales, pero que son de base biológica (Akiskal, 1980); síndrome premenstrual y las anomalías morfológicas en general (Thase, 1997) y específicamente cerebrales (Cardoner, 2005) predicen mala respuesta a la psicoterapia y aconsejan tratamientos biológicos. (Vallejo, 2011, p. 415).

-Variables sociodemográficas: el sexo, predominancia en mujeres de trastorno afectivos no bipolares. Aunque se discute la causa (Montero, 1999; Piccinelli y Wilkinson, 2000), posiblemente se debe a factores psicológicos y sociales. El suicidio consumado es más frecuente en varones. El posparto y el período premenstrual son épocas de más alto riesgo, la menopausia no parece aumentar el riesgo de padecer depresión. La edad, el estado civil (riesgo para las mujeres casadas), separación y divorcio están ligados a la sintomatología depresiva. (Vallejo, 2011, p. 415).

-Aspectos psicosociales: personalidad y estilo cognitivo (“personalidad depresiva”), pérdidas parentales: las clásicas teorías de Freud sobre pérdidas parentales infantiles tomaron consistencia con los estudios de Brown y Harris (1978), donde estos hechos en mujeres, junto a una escasa relación interpersonal, desempleo y presencia en el hogar de tres o más hijos menores de 14 años, constituyen factores de vulnerabilidad que en presencia de desencadenantes abocan a la depresión. Escaso soporte social y relación interpersonal, especialmente con la pareja,

acontecimientos de vida y otros factores radicales en la infancia como abusos sexuales infantiles, abusos físicos, pobre percepción de su papel en la familia y estilo educacional; así como elevada sobreprotección y bajo cariño paterno en las depresiones neuróticas (Catalán, 2005). (Vallejo, 2011, p. 416).

1.3 Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE- 11 (2018)

La Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE- 11 (2018), menciona los problemas de la depresión como: tristeza o estado de ánimo deprimido y falta de interés o placer, como los síntomas principales que indican la presencia de un trastorno depresivo, cuando se presentan durante al menos dos semanas. El número y tipo de otros síntomas implicados son indicadores de gravedad. Los pacientes pueden presentar también, síntomas físicos como la pérdida de peso. Su descripción clínica: se trata de un trastorno disfórico en el que los síntomas depresivos provocan un malestar o una disfunción significativa y llevan a un deterioro funcional y a la búsqueda de ayuda, sin presentarse síntomas relevantes de ansiedad. (CIE-11, 2018).

Síntomas necesarios para el diagnóstico:

- a. Ausencia de episodios maníacos previos
- b. Presencia de al menos tres de una lista de cinco síntomas depresivos y unos pocos síntomas ansiosos, provocando un malestar o una disfunción significativos y dando lugar a alteraciones funcionales con una duración de al menos dos semanas. Estado de ánimo deprimido persistente, marcada disminución del interés o placer, sentimientos de inutilidad o de culpa, confianza baja en uno mismo e ideación recurrente de muerte o suicidio.

- c. Presentan pocos síntomas de ansiedad y son los siguientes: sentirse nervioso, ansioso o al límite, incapacidad para controlar las propias preocupaciones, tener problemas para relajarse, sentirse tan inquieto que resulta difícil quedarse quieto y sentir miedo de que algo terrible pueda suceder. Síntomas asociados: sueño y apetito alterados, agitación o enlentecimiento del movimiento o del habla, fatiga, irritabilidad, variación diurna del estado de ánimo, despertar precoz, disminución de la autoestima y de la confianza en sí mismo, visión sombría y pesimismo del futuro. (CIE-11, 2018).

Gravedad del trastorno:

- a. Depresión leve: presentan al menos tres síntomas de depresión al día en las últimas dos semanas. Los síntomas producen malestar. Los pacientes desarrollan la mayoría de las actividades, pero con mayor dificultad. (CIE-11, 2018).
- b. Depresión moderada: presentan por lo menos cuatro síntomas todos los días durante las últimas dos semanas, con discapacidad marcada en al menos un área. Pueden presentar además síntomas neurovegetativos, como cambios en el apetito y el peso, falta de sueño, variación diurna del estado de ánimo o pérdida de libido. (CIE-11, 2018).
- c. Depresión severa: tienen todas las dificultades anteriores siendo algunos de los síntomas, de intensidad grave. También pueden mostrar lentitud del habla y la acción, o ideación psicótica. (CIE-11, 2018).

Diagnóstico diferencial: condiciones médicas como hipo/hipertiroidismo, síndrome de Cushing, efectos secundarios de la medicación (por ejemplo: betabloqueantes, antihipertensivos, antagonistas de H₂, tratamiento con esteroides) o el uso de sustancias, depresión ansiosa (con tres

o más síntomas de ansiedad), trastorno de ansiedad (con tres o más síntomas de ansiedad) y trastorno de angustia corporal (los pacientes no cumplen con tres o más síntomas depresivos). (CIE-11, 2018).

1.4 Clasificación diagnóstica según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales- DSM-V (2014)

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V, 2014) el trastorno de depresión mayor, presenta los siguientes síntomas:

- a. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representa un cambio del funcionamiento previo; al menos, uno de los síntomas es un estado de ánimo deprimido o pérdida de interés placer. No se incluyen los síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.
 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (por ejemplo, se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (por ejemplo se le ve lloroso).
 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (por ejemplo, modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
 4. Insomnio e hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o enlentecimiento).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días
 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
 9. Pensamientos de muerte recurrente (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- b. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- c. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor; además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida. (DSM- V, 2014)

- d. El episodio depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- e. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Especificador de gravedadcurso: leve, moderado y grave.

Para que un episodio se considere recurrente, debe haber un intervalo mínimo de dos meses consecutivos entre los episodios, durante el cual no se cumplan los criterios para un episodio de depresión mayor. (DSM-V 2014).

1.5 Situación de la depresión a nivel mundial y nacional

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en una nota publicada el 22 de marzo de 2018, señala lo siguiente: la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se

calcula que afecta a más de 300 millones de personas, siendo la principal causa de discapacidad a nivel mundial. Aunque hay tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados en todo el mundo y más del 90% en muchos países, no reciben esos tratamientos. (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Entre los obstáculos a una atención eficaz se encuentran la falta de recursos y de personal sanitario capacitado, además de la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta. Otra barrera para la atención eficaz es la evaluación errónea. En países de todo tipo de ingresos, las personas con depresión a menudo no son correctamente diagnosticadas, mientras que otras que en realidad no la padecen son a menudo diagnosticadas erróneamente y tratados con antidepresivos. (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Los países con mayor índice de depresión en Latinoamérica son: Brasil (5,8%), Cuba (5,5%), Paraguay (5,2%), Chile y Uruguay (5%), Perú (4,8%), Argentina, Colombia, Costa Rica y República Dominicana (4,7%), Ecuador (4,6%), Bolivia, El Salvador y Panamá (4,4%), México, Nicaragua y Venezuela (4,2%), Honduras (4%) y Guatemala (3,7%). (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Se estima que en América Latina solamente 1 de cada 5 personas con depresión reciben tratamiento. En el 2015, la proporción de la población mundial con depresión fue de 4,4%. La depresión es más común en las mujeres (5,1%) que en los hombres (3,6%). Las tasas de prevalencia varían según la edad y alcanzan su punto máximo en la edad más adulta (por encima de 7,5% en mujeres de edades comprendidas entre los 55 y 74 años; y por encima de 5,5% en

hombres). La depresión también ocurre en niños y adolescentes menores de 15 años, pero en un grado menor que en los grupos de mayor edad. (Organización Mundial de la Salud, 2018).

El Ministerio de Salud de la República de Panamá (MINSA), en el año 2017, publica sobre los trastornos depresivos entre las principales causas de consulta de los servicios de salud mental y afirma que:

En los últimos años, los trastornos depresivos se encuentran entre las cinco (5) principales causas de consulta en servicios de salud mental del MINSA, siendo los grupos de 35 a 49 años los más afectados, seguido de las personas de 65 años y más; posteriormente, los de 50 a 59 años. En ese sentido, durante el primer trimestre del año 2016, se atendieron un total de 2 mil 511 casos, siendo la Región Metropolitana, Los Santos y Chiriquí, las áreas reportadas con mayor número de casos; mientras que en el 2015, se trataron unos 3 mil 557 casos de trastornos depresivos, de los cuales el 75% son mujeres. (Ministerio de Salud, 2017)

En el año 2017, la Caja de Seguro Social (CSS) atendió más de mil 756 casos de depresión y reportó 331 intentos de suicidios a nivel nacional. (Caja de Seguro Social, 2017).

1.6 Consecuencias de la depresión

Un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (2017), indican lo siguiente:

La inversión en salud mental beneficia el desarrollo económico de los países. Cada dólar invertido en la ampliación del tratamiento para la depresión y a la ansiedad conduce a un retorno de cuatro dólares en mejorar la salud y la habilidad para trabajar. (OMS, 2017).

El tratamiento implica, por lo general, una psicoterapia o medicación antidepresiva o una combinación de los dos. El tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene sentido desde el punto de vista de la salud y el bienestar, pero también lo tiene desde una perspectiva económica; la falta de acción es costosa. Se calcularon los costos de tratamiento y los resultados de salud en 35 países de ingresos bajos, medios y altos durante 15 años que van de 2016 a 2030 y los bajos niveles de reconocimiento, acceso a la atención de la depresión y otros trastornos mentales comunes, como la ansiedad, resultan en una pérdida económica global de un billón de dólares cada año. (OMS, 2017).

Las pérdidas son incurridas por los hogares, los empleadores y los gobiernos. Los hogares pierden financieramente cuando la gente no puede trabajar. Los empleadores cuando los empleados se vuelven menos productivos y son incapaces de trabajar. Los gobiernos tienen que pagar mayores gastos de salud y bienestar. (OMS, 2017).

La depresión es la principal causa de discapacidad y advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida. Este número aumentará si concurren otros factores como enfermedades médicas o situaciones de estrés. La depresión se convertirá en el año 2020, en la segunda causa de incapacidad en el mundo. Los pacientes con depresión presentan discapacidad similar o mayor a la que se presenta en otras enfermedades crónicas como hipertensión arterial, artritis y diabetes mellitus. (OMS, 2017)

El informe de la Contraloría General de la República de Panamá, titulado “Defunciones en la República por grupos de edad, según causa y sexo, revela que durante el año 2015”, se registraron 110 suicidios en todo el país. Se indica que, en total, se registraron 91 casos de hombres y 19 de mujeres. De esta cantidad nueve eran menores de 19 años. En tanto que otros casos se trataron de adultos mayores de más de 70 años. En promedio, durante el año 2015, cada tres días una persona cometió suicidio en Panamá. (Contraloría General de la República, 2015).

1.7 Enfoques para el abordaje de la depresión a nivel mundial

Cleghorn y Lou Lee (1993) mencionan que el tratamiento de la depresión se divide en tres categorías: biológica, psicológica y social.

-Métodos biológicos: Para los fármacos antidepresivos, se requiere un intervalo de 14 a 21 días antes de que tengan un efecto notable. Los dos neurotransmisores que participan son la serotonina y la noradrenalina. Con respecto a la terapia electroconvulsiva, para depresiones profundas, sus efectos colaterales incluyen cefaleas transitorias y una pérdida temporal de la memoria a corto plazo. (Cleghorn y Lou Lee, 1993, p. 48).

-Enfoques psicológicos de la depresión: Este tipo de tratamiento para la depresión supone dar apoyo durante una crisis o ayudar a la persona a aceptar una enfermedad. Se puede ayudar a las personas con conflictos y estrés emocional relacionado con pérdidas, problemas en sus interrelaciones y una pobre autoestima, a comprender su mundo psicológico interno y las razones por las cuales son susceptibles a la depresión. La terapia puede basarse en diversos enfoques bien conocidos sobre cómo se puede guiar a otros para resolver problemas psicológicos. (Cleghorn y Lou Lee, 1993, p. 58)

La terapia cognitiva: Tiene como meta romper el patrón negativo de pensamiento, no transformarlo en una perspectiva extremadamente optimista, sino en un punto de vista más positivo, lógico y quizá más realista de la vida. (Cleghorn y Lou Lee, 1993, p. 58)

La terapia conductual: Supone con frecuencia lograr que los pacientes tomen parte en actividades que ayudan claramente a alejarlos de conductas que es necesario cambiar. El enfoque aquí suele ser bastante específico y con frecuencia, hay poco interés por los traumas emocionales profundos que puede haber generado la conducta. La meta es definir el problema específico y atacarlo científicamente y directamente por medio de técnicas como desensibilización sistemática, que supone una sustitución, paso a paso, del estado de angustia por un estado de relajación y moldeamiento, reforzamiento positivo, autorregulación por medio de una revisión cuidadosa de la propia conducta, la terapia familiar, de pareja o de grupo y aprender a cambiar, por medio de la observación directa de los demás, la repetición de una conducta que suele suponer el actuar papeles. (Cleghorn y Lou Lee, 1993, p. 58).

Algunas veces, funciona mejor una combinación de estas técnicas. Sin embargo, hay un cierto tipo de depresión, en el cual son necesarios los fármacos o la TEC. Esto sucede cuando el problema supone un cambio en el estado de ánimo y una disminución en las funciones motoras y vegetativas bastante independientes de cualquier cambio en el pensamiento o en la autoestima. (Cleghorn y Lou Lee, 1993, p. 59).

-Soluciones sociales más amplias para la depresión: Además de los enfoques sociales y comunitarios, la capacitación para mejorar las habilidades de enfrentamiento, ayuda a desarrollar

relaciones de apoyo, por ejemplo, la participación de agencias comunitarias y la educación acerca de los trastornos afectivos. (Cleghorn y Lou Lee, 1993, p. 59).

En la publicación realizada por The National Institute of Mental Health Information Resource Center- NIMH, las enfermedades crónicas y la salud mental ¿Cómo reconocer y tratar la depresión? Traducida en el 2015, menciona lo siguiente: La depresión es frecuente en las personas con enfermedades crónicas como: cáncer, enfermedad coronaria, diabetes, epilepsia, esclerosis múltiple, derrame cerebral, enfermedad de Alzheimer, VIH o SIDA, mal de Parkinson, lupus eritematoso sistémico y artritis reumatoide. Las investigaciones indican que las personas con depresión y otras enfermedades tienden a presentar síntomas más graves en ambas enfermedades. Tal vez tengan más dificultad para adaptarse a sus enfermedades concurrentes e implique mayores costos médicos que aquellas sin depresión. (NIMH, 2015).

Las investigaciones también indican que las personas con depresión tienen un mayor riesgo de osteoporosis comparadas con otras. Las razones todavía no están claras. Un factor común en algunas enfermedades es que muchas personas con depresión, quizás tengan menos acceso a una buena atención médica, más dificultad para cuidar de su salud, tomar medicamentos recetados, alimentarse bien y hacer ejercicio. (NIMH, 2015).

Los científicos han encontrado que las personas con depresión muestran cambios en la manera cómo funcionan varios sistemas del cuerpo, lo que puede afectar la salud física mediante signos de mayor inflamación, cambios en el control de los latidos del corazón, la circulación de la sangre, anomalías en las hormonas del estrés y cambios metabólicos típicos de las personas con riesgo de diabetes. (NIMH, 2015).

1.8 Abordaje de la depresión en los centros del Ministerio de Salud de Panamá

En entrevista realizada al presidente de los psicólogos clínicos del Ministerio de Salud, Mgr. Luis Alvarado, explica el abordaje de los casos de depresión en los centros de salud a nivel nacional.

El primer paso que se realiza al llegar un paciente con síntomas depresivos, es evaluar si presenta ideación suicida, síntomas psicóticos y la revisión de los signos vitales. Luego, se realiza una entrevista y evaluación psicológica. Dependiendo de los resultados obtenidos en la evaluación, se refiere a psiquiatría para el tratamiento farmacológico. Es importante que los pacientes se realicen los exámenes médicos para descartar condiciones médicas como hipertiroidismo o los efectos secundarios de la medicación, drogas o alcohol. Después de ocho días del tratamiento farmacológico, se revisan los síntomas del paciente y se inicia la terapia cognitiva conductual, que consiste en 8 a 10 sesiones, además de realizarse sesiones en conjunto con el psiquiatra. (Alvarado, 2018).

El tratamiento en terapia cognitiva conductual (TCC) o terapia de diálogo, contribuye a cambiar los estilos de pensamientos y comportamientos negativos que desencadenan la depresión. Una de las técnicas más utilizadas es la psicoeducación. Este tratamiento es combinado con medicamentos antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN). Si es conveniente, se incluyen las intervenciones familiares y de pareja. Una vez al mes, se realizan las terapias grupales entre los pacientes que presentan enfermedades crónicas y son incluidos los casos de depresión. (Alvarado, 2018).

En la mayoría de los casos, los médicos generales y psiquiatras, realizan las referencias a psicología de los pacientes que presentan enfermedades como tuberculosis, HIV, diabetes, hipertensión, obesidad y enfermedades del sistema respiratorio, en donde uno de los síntomas que dificulta la adherencia al tratamiento, es la depresión. Las personas con otras enfermedades crónicas tienen un mayor riesgo de depresión. Estos factores de riesgo incluyen antecedentes personales o familiares con depresión y la pérdida de algún familiar por suicidio. (Alvarado, 2018).

1.9 Programas para la depresión

Por parte de la Organización Mundial de la Salud (2018), entre otras organizaciones, se han elaborado manuales sobre intervenciones psicológicas breves para tratar la depresión, que pueden ser utilizados por trabajadores no profesionales. Un ejemplo de ello es “Enfrentando problemas plus (EP+)”, un manual que explica la utilización de la activación conductual, el entrenamiento en relajación, el tratamiento para la resolución de problemas y el fortalecimiento del apoyo social. Además, el manual terapia de grupo interpersonal (TGI) para la depresión explica la manera de tratar este trastorno y el manual pensamiento saludable se refiere a la utilización de la terapia cognitiva-conductual para tratar la depresión perinatal. (OMS, 2018).

La Caja de Seguro Social, a través del Programa Nacional de Salud Mental, ha desarrollado jornadas de prevención sobre la depresión y el suicidio, en coordinación interinstitucional con la Policía de Menores y el Ministerio de Educación (MEDUCA), dirigido a grupos de estudiantes y profesores. (CSS, 2017).

CAPÍTULO II- TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DEPRESIVO

CAPÍTULO II

TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DEPRESIVO

2.1 ¿Por qué brindar un tratamiento en terapia cognitiva a estos pacientes con depresión?

Los casos de personas con depresión han aumentado en los últimos años en la población panameña. Una de las posibles razones puede ser la crisis económica, laboral, social, política, migratoria y familiar que atraviesan los diferentes sectores de nuestro país.

Una gran cantidad de pacientes que acuden a los servicios médicos de consulta externa de los centros de salud, a nivel local y nacional, han sido diagnosticados con diversos trastornos mentales, incluyendo la depresión. Muchos de estos pacientes, no continúan con las atenciones psicológicas ni con la medicación prescrita por el psiquiatra.

En algunos casos, estos pacientes regresan a las instalaciones de salud con mayores complicaciones físicas y emocionales, lo que contempla un gasto mayor para la persona afectada, su familia, la institución de salud y para el país.

Otras razones que contribuyen a que los pacientes no continúen con las atenciones psicológicas son la excesiva demora en conseguir las citas, la disponibilidad de los psicólogos clínicos (actualmente solo cuentan con uno o dos psicólogos clínicos por centro de salud) y el factor económico por parte de los pacientes y sus familias.

Por todos los motivos mencionados, sería de gran utilidad para los pacientes que han sido diagnosticados con depresión, recibir el tratamiento en terapia cognitiva de Aaron T. Beck para la disminución de síntomas. La terapia cognitiva se ha convertido en un modelo terapéutico muy eficaz y efectivo para los diversos trastornos psicológicos.

2.2 La eficacia de la terapia cognitiva de Beck

Gabalda (2011) menciona la eficacia de la terapia cognitiva de Beck, explicada por diversos autores y nos explica lo siguiente:

Son numerosos los estudios de eficacia y de efectividad del modelo. Los que más han contribuido al desarrollo del modelo fueron los primeros estudios de eficacia del grupo de Beck (Rush, Beck, Kovacs y Hollon, 1977; Kovacs, Rush, Beck y Hollon, 1981; Hollon, DeRubeis, Evans, Wiemer, Garvey, Grove y Tuason, 1992, etc.) junto con los estudios del National Institute of Mental Health - NIMH (Elkin, Shea, Watkins, Imber, Sotsky, Collins, Glass, Pilkonis, Leber, Docherty, Fiester y Parloff, 1989). En resumen, podemos señalar la eficacia igual o superior de la terapia cognitiva para el tratamiento de la depresión, y superior o igual al fármaco a largo plazo, o similar frente a la terapia interpersonal y al fármaco. (Gabalda, 2011, p. 43).

Un estudio de DeRubeis, Hollon, Amsterdam, Shelton, Young, Salomon, O'Reardon, Lovett, Gladis, Brown y Gallop (2005) mostró que tanto la farmacoterapia como la terapia cognitiva eran superiores al placebo en pacientes con una depresión moderada. Pero otro estudio de Dimidjian, Hollon, Dobson, Schmalting, Kohlenberg, Addis y cols. (2006) no encontró la

terapia cognitiva más eficaz que la activación comportamental o el fármaco en el tratamiento de pacientes con depresión grave.

En una revisión reciente, DeRubeis, Webb, Tang y Beck (2010) señalan la eficacia de la terapia cognitiva de la depresión, siendo al menos igual de eficaz que la medicación. (Gabalda, 2011, p. 43).

En un estudio de Hollon, DeRubeis, Shelton, Amsterdam, Salomon, O'Reardon, Lovett, Young, Haman, Freeman y Gallop (2005) indican que el tratamiento con terapia cognitiva tiene un efecto más duradero, reduciendo el riesgo de recaídas tras un tratamiento de éxito, en comparación con las recaídas tras la medicación. Incluso, los resultados parecen indicar un efecto continuado de la terapia cognitiva que puede extenderse a la prevención de la recurrencia. Además, los costos de la medicación resultaron mucho mayores, aunque fueron calculados de manera indirecta. (Gabalda, 2011, p. 43).

Gabalda (2011), en un estudio reciente de Cuijpers, van Straten, Anderson y van Oppen (2008) muestra lo siguiente:

En general, no existen diferencias en eficacia a corto y a largo plazo entre tratamientos psicológicos para la depresión, siendo los más empleados la terapia cognitivo-conductual, psicodinámica, la activación conductual, la solución de problemas y el entrenamiento en habilidades sociales. Más específicamente, encontraron que la psicoterapia interpersonal, era ligeramente más eficaz que otros tratamientos psicológicos y que la terapia de apoyo, no directiva, era menos eficaz que los otros tratamientos. La terapia cognitiva que no solo incluía elementos de reestructuración cognitiva, sino otros componentes como la activación

comportamental, el entrenamiento en habilidades sociales, la relajación y las habilidades de afrontamiento) eran más efectivas que la que solo se centraba en la reestructuración cognitiva. (Gabalda, 2011, p.99-101).

A continuación, explicaremos los aspectos más específicos de la terapia cognitiva y el modelo cognitivo de la depresión.

2.3 Definición de Terapia Cognitiva

Beck (1967) afirma:

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.). Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo. Sus cogniciones (“eventos” verbales o gráficos en su corriente de conciencia) se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores. (Beck, 1967, p. 13).

Por ejemplo, si una persona interpreta todas sus experiencias en términos de si es competente y está capacitada, su pensamiento puede verse dominado por el esquema, “*si no lo hago todo a la perfección, significa que soy un fracaso*”. Consecuentemente, esta persona responderá a las situaciones en términos de adecuación, incluso aunque las situaciones no tengan nada que ver con la dimensión de competencia personal. (Beck, 1967, p. 13).

Beck (1979) nos menciona las técnicas terapéuticas como:

Las técnicas terapéuticas específicas se desarrollan en el marco del modelo cognitivo en psicopatología. Consideramos que la terapia no puede ser aplicada con efectividad si no se tiene un conocimiento de la teoría. Estas técnicas identifican y modifican las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias (esquemas) que subyacen a estas cogniciones. El paciente aprende a resolver problemas y situaciones que anteriormente había considerado insuperables, mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos. (Beck, 1967, p. 14).

El objetivo de las técnicas cognitivas es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente. El método consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones: (1) controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos; (2) identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta; (3) examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados; (4) sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas; (5) aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias. (Beck, 2005, p. 14).

Las cogniciones y supuestos subyacentes se discuten y examinan desde el punto de vista de la lógica, validez adaptativa e incremento de la conducta positiva versus mantenimiento de la patología. Por ejemplo, se discute la tendencia de los depresivos a sentirse responsables de los resultados negativos, en tanto que sistemáticamente se niegan a asumir sus propios éxitos. La terapia se centra en “síntomas objetivos” específicos (por ejemplo, los impulsos suicidas).

Se identifican las cogniciones que están en la base de dichos síntomas (por ejemplo, “mi vida es completamente inútil, carece de valor y yo no puedo cambiarla”) y se someten a la investigación lógica y empírica. (Beck, 1967, p. 14).

Uno de los componentes más poderosos del modelo de psicoterapia basado en el aprendizaje es el hecho de que el paciente comienza a incorporar muchas de las técnicas que emplea el terapeuta. Por ejemplo, a menudo sucede que los pacientes se encuentran a sí mismos asumiendo espontáneamente el rol de terapeuta y cuestionándose acerca de sus conclusiones o predicciones. Algunos ejemplos de este tipo de cuestiones que hemos observado son los siguientes: ¿A partir de qué evidencia extraigo esta conclusión?, ¿existen otras explicaciones?, realmente, ¿es tan grave la pérdida?, ¿qué perjuicio me reporta el que un extraño piense mal de mí? y ¿qué puedo perder por intentar ser más asertivo? (Beck, 2005, p. 15).

Estas preguntas que el sujeto se formula a sí mismo desempeñan un papel capital en la generalización de las técnicas cognitivas de la consulta a las situaciones externas. Sin este tipo de preguntas, el individuo depresivo se ve rodeado de patrones automáticos estereotipados, fenómeno que podríamos denominar “pensamiento irreflexivo”. (Beck, 2005, p. 15).

Las técnicas conductuales se emplean con los pacientes depresivos más graves, no sólo para modificar la conducta, sino también para suscitar cogniciones asociadas a conductas específicas. El paciente, por lo general, necesita estas técnicas más activas al comienzo del tratamiento. Entre los materiales relacionados con las técnicas conductuales se encuentra un cuestionario de actividades semanales, en el que el paciente debe registrar sus actividades cada hora: Un cuestionario de dominio y agrado, en el que el paciente evalúa las actividades enlistadas

y la asignación de tareas graduales que le llevarán a alcanzar una meta que él considera difícil o imposible. Además, las técnicas conductuales se diseñan para ayudar al paciente a someter a prueba ciertos supuestos y cogniciones desadaptativos. (Beck, 2005, p. 15).

Al paciente preocupado, inestable, le resultará difícil hacer introspección. De hecho, sus preocupaciones e ideas perseverantes pueden verse agravadas por este procedimiento. En cambio, los métodos conductuales tienen un poder relativamente mayor para contrarrestar su inercia y movilizarle hacia una actividad constructiva. Es más probable una experiencia satisfactoria al lograr que un objetivo conductual sea más efectivo, que los métodos cognitivos, a la hora de modificar los pensamientos erróneos, como: “Soy incapaz de hacer algo bien). (Beck, 2005, p. 15).

Generalmente, la terapia consta de 15-20 sesiones (una sesión por semana). Los casos más graves suelen requerir sesiones frecuentes (dos semanales durante 4-5 semanas) y después, una semanal durante 10-15 semanas. Normalmente, solemos disminuir la frecuencia a una sesión cada dos semanas durante las últimas fases, al tiempo que recomendamos “la terapia de apoyo” una vez que ha finalizado el tratamiento. (Beck, 2005, p. 16).

2.4 Modelos cognitivos: perspectiva histórica

Los orígenes filosóficos se remontan a los Estoicos, en particular a Zenón de Citio (siglo IV a.C.), Crisipo, Cicerón, Séneca, Epicteto y Marco Aurelio. Epicteto escribió en el Enchiridión: “Los hombres no se perturba por causa de las cosas, sino por la interpretación que de ellas hacen”. (Beck, 2005, p. 17).

Del mismo modo que el estoicismo, las filosofías orientales, como el taoísmo y el budismo, han subrayado que las emociones humanas están basadas en las ideas. El control de los sentimientos más intensos puede lograrse mediante un cambio en las ideas. (Freud) (1900/ 1953) expuso inicialmente la idea de los sentimientos y los efectos se basan en ideas inconscientes. La psicología individual de Alfred Adler indicó la importancia de comprender al paciente dentro del marco de sus propias experiencias conscientes. Para Adler, la terapia consistía en intentar explicar cómo la persona percibe y experimenta el mundo. (Beck, 2005, p. 17).

Adler (1931/ 1958) afirmaba: No sufrimos el llamado trauma por el choque de nuestras experiencias, sino que inferimos de ellas precisamente lo que se ajusta a nuestros propósitos. Estamos autodeterminados por el significado que damos a nuestras experiencias y probablemente siempre hay implicada cierta parte de error cuando tomamos determinadas experiencias como base para nuestra futura vida. Los significados no están determinados por las situaciones, sino que nos determinamos a nosotros mismos por el significado que damos las situaciones. (Beck, 2005, p. 17).

Algunos autores, cuyo trabajo ha surgido por la tradición psicoanalítica, han aportado ideas importantes al desarrollo de la terapia cognitiva. Entre los nuevos autores de este grupo se puede destacar a Alexander (1950), Horney (1950), Saúl (1947) y Sullivan (1953). (Beck, 2005, p. 18).

El énfasis filosófico en las experiencias subjetivas conscientes surge de los trabajos de Kant, Heidegger y Husserl. Este “movimiento fenomenológico” ha contribuido sustancialmente al desarrollo de la psicología moderna en este grupo de terapias. La aplicación del método

fenomenológico a estados patológicos específicos se ve ejemplificada en los trabajos de Jaspers (1913/ 1968), Binswanger (1944-45/ 1958) y Strauss (1960). La influencia de los psicólogos del desarrollo como Piaget (1947/ 1950, 1932/ 1960) también es evidente en la formulación de la terapia cognitiva. (Beck, 2005, p. 18).

Los últimos avances en la psicología conductual han hecho hincapié en la importancia de las cogniciones del paciente. Bowers (1973) ha defendido un modelo interactivo (características del sujeto y del ambiente) en contra del “situacionalismo” de los enfoques conductistas clásicos. El énfasis creciente de la reestructuración o modificación de las cogniciones se reflejan en el trabajo de Arnold Lazarus (1972), quien afirma que “puede decirse que la mayor parte de los esfuerzos terapéuticos se centran en la corrección de las ideas erróneas”. Esta corrección de las ideas erróneas, puede producirse tanto antes como después de que tenga lugar el cambio en la conducta. (Beck, 2005, p. 19).

Más recientemente, Berne (1961, 1964) y Frank (1961) añadieron métodos y conceptualizaciones diferentes a las terapias encaminadas a modificar la experiencia consciente o las cogniciones del paciente. (Beck, 2005 p.19).

El trabajo de Ellis (1957, 1962, 1971, 1973) supuso un nuevo impulso en el desarrollo histórico de las terapias cognitivo-conductuales. Ellis relaciona el estímulo ambiental o activador (A) con las consecuencias emocionales (C) a través de la creencia interviniente (Cr). Así, el objetivo de su Terapia Racional Emotiva consiste en hacer que el paciente tome conciencia de sus creencias irracionales y de las consecuencias emocionales inadecuadas de estas. La terapia Racional Emotiva (1975) pretende modificar estas creencias irracionales. Por su parte, Naultsby

(1975) ha subrayado el empleo de otras técnicas para hacer que el individuo tome conciencia de estas creencias y para modificarlas. (Beck, 2005 p.19).

Las recientes contribuciones al desarrollo de la terapia cognitiva por parte de autores de orientación conductual (Mahoney, 1974; Meichenbaum, 1977; Goldfried y Davison, 1976; Kazdin y Wilson, 1978) han proporcionado una base empírica y teórica más firme. (Beck, 2005 p.19).

La terapia cognitiva de la depresión incluye varias técnicas interrelacionadas que se han destilado del crisol de la experiencia clínica con pacientes depresivos. Las técnicas concretas se aplican dentro del marco de una teoría psicológica de la depresión. (Beck, 1976).

2.5 El modelo cognitivo de la depresión

El modelo cognitivo de la depresión ha surgido a partir de observaciones clínicas sistemáticas y de investigaciones experimentales (Beck, 1963, 1964, 1967).

Esta interacción entre los enfoques clínicos y experimentales han facilitado el desarrollo progresivo del modelo y del tipo de terapia que de él se deriva. Beck (1976), en el modelo cognitivo, postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: (1) triada cognitiva, (2) los esquemas y (3) los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información. (Beck, 2005, p.19).

2.5.1 Concepto de tríada cognitiva

Gabalda (2011), nos explica este concepto como:

Uno de los conceptos más destacados en el modelo de Beck. Para Beck (1967) refleja el concepto de pérdida. Esto es, la visión del depresivo, la valoración que hace de lo que tiene, de sus relaciones y logros está saturada con la noción de pérdida pasada, presente y futura. Por tanto cuando hablamos de tríada cognitiva estamos refiriéndonos a una visión negativa de uno mismo, el presente y el futuro. (Gabalda, 2011, p. 154).

Surgido el concepto en el campo de la depresión, Beck consideraba que el depresivo se veía a sí mismo como deficiente e inútil y cualquier cosa que le ocurra se deberá a un defecto suyo; a causa de sus defectos nadie lo valora. Carece de valor y se critica por ello. Al interpretar sus experiencias actuales en términos negativos, considera que el mundo le exige más de lo que puede dar. (Gabalda, 2011, p. 154).

El paciente depresivo, como consecuencia de la concepción negativa que tiene sobre él mismo, interpreta todo aquello que le ocurre en el presente como algo imposible de realizar. Todo lo que se le pide es excesivo para sus posibilidades, lo que le lleva a evitar actividades, influyendo y reforzando los síntomas motivacionales más destacados de la depresión. Al no hacer nada, se le refuerza la idea de que no puede hacer nada, evitando así cualquier acción que contraiga esta visión negativa. Además, el paciente se ve deficiente y limitado, interpretando cualquier hecho externo negativo (y positivo) como causado por él mismo, desarrollando así un

sentimiento de culpa y una tendencia a personalizar todo aquello que ocurre. (Gabalda, 2011, p. 155).

Ante esta visión negativa de uno mismo y del presente, el paciente depresivo no espera nada del futuro. Espera que todo lo que acaecerá será negativo y no podrá hacerle frente, se le escapará de las manos o no lo podrá controlar. Su vida no tiene ninguna utilidad y no merece la pena vivirla. Solo anticipa obstáculos y sufrimiento, junto a su incapacidad para hacerles frente. Lógicamente, esto influirá en la desesperanza y en los intentos de suicidio. (Gabalda, 2011, p. 155).

¿Cómo se puede detectar la tríada cognitiva? Desde mi punto de vista, el terapeuta infiere la triada cognitiva partiendo del contenido directo de los pensamientos de un paciente y de la relación que estos mantienen con los principales síntomas del paciente. La tríada, sea cual sea el marco diagnóstico, destaca los temas y las preocupaciones centrales del paciente y nos permite entender la aparición y mantenimiento de síntomas concretos. Los propios elementos definitorios de la tríada nos pueden facilitar hacer preguntas. (Gabalda, 2011, p. 156-157).

Gabalda, (2011) nos presenta como preguntarle a un paciente depresivo:

1. ¿Qué piensa sobre usted mismo?, ¿tiene una visión negativa de sí mismo?, ¿se considera que no sirve para nada?, ¿es el culpable de todo?, etc.
2. ¿Cree que no puede lograr nada de lo que se proponga?, ¿qué visión tiene de su vida en la actualidad?, ¿cree que la vida le somete a pruebas muy duras?, ¿ve todo como un obstáculo, como una montaña?, etc.

3. ¿Qué espera del futuro?, ¿tiene algún tipo de expectativa?, ¿qué tipo de anticipaciones le asaltan con mayor frecuencia?, ¿cree que no podrá alcanzar nada de lo que quiere?, etc. (Gabalda, Isabel, 2011, p. 156).

2.5.2 Organización estructural del pensamiento depresivo

En los individuos depresivos imperan determinados patrones cognitivos presentes en el sujeto de forma más o menos estable. Conforme a ellos, el paciente mantiene actitudes que le son perniciosas, incluso ante evidencias objetivas de la realidad que le muestra sistemáticamente lo contrario. (Beck, 2005, p. 21).

Ante una amplia gama de estímulos que puede recibir el paciente, este suele atender selectivamente a un limitado número de ellos. La combinación de estos estímulos le ayuda a conceptualizar la situación. Los esquemas que posee le sirven para transformar los datos que obtiene de la realidad en cogniciones, ayudando a diferenciar, localizar y codificar los estímulos, permitiéndole caracterizar y evaluar sus experiencias. Un individuo suele ser constante en sus respuestas frente a fenómenos que le resulten similares. (Beck, 2005, p. 21-22).

En la depresión, los esquemas que aparecen son inadecuados, facilitando la distorsión de las situaciones y un fallo en la conceptualización que el paciente hace de ellas. Ante un estímulo determinado imperará un esquema erróneo, perdiéndose la lógica de determinadas asociaciones, siendo cada vez más difícil recurrir a esquemas más adecuados y activándose progresivamente en respuesta a estímulos más diversos que los iniciales. (Beck, 2005, p.22).

2.5.3 Errores en el procesamiento de la información

Los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento depresivo mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria (Beck, 1967). Estos errores son:

1. Inferencia arbitraria (relativo a la respuesta): El paciente llega a una conclusión, sin previa evidencia de que sea cierta o incluso, cuando se le presenta evidencia de lo contrario.
2. Abstracción selectiva (relativa al estímulo): El paciente extrae un detalle de una situación determinada, lo aísla de su contexto y centra en él su atención. Ignora las características más relevantes de esta situación y lo emplea para conceptualizar toda su experiencia.
3. Generalización excesiva (relativa a la respuesta): El paciente elabora una regla general o una conclusión a partir de hechos aislados. Posteriormente lo aplica tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.
4. Maximización y minimización (relativas a la respuesta): El paciente evalúa la significación y magnitud de un acontecimiento, minusvalorando sus habilidades, sobrevalorando las dificultades o distorsionando mediante estos mecanismos el propio significado y magnitud de los acontecimientos.
5. Personalización (relativa a la respuesta): El paciente se atribuye a sí mismo determinados fenómenos externos, aun cuando no existe una base para tal conexión.

6. Pensamiento absolutista dicotómico (relativo a la respuesta): El paciente clasifica sus experiencias según una o dos categorías opuestas, describiéndose siempre con las del polo negativo (por ejemplo: Inocente o culpable).

Chinchilla (2008) señala que la estructuración de las experiencias, que hacen los pacientes con una personalidad depresiva, suele ser primitiva, reduciendo entonces tanto la complejidad de las experiencias como su diversidad. Reducen también la conducta humana a pocas categorías y presentan contenidos de pensamiento extremo, categórico y por supuesto, negativos. Las respuestas emocionales asociadas presentarán idénticas características. (Chinchilla, 2008, p.20).

CAPÍTULO III - MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Planteamiento del Problema

Nos preguntamos lo siguiente: ¿La Terapia Cognitiva de Aaron T. Beck será efectiva en la disminución de los síntomas depresivos de pacientes de un centro de salud de la ciudad de Panamá?

3.2 Justificación de la Investigación

La depresión es considerada como una de las enfermedades más incapacitantes a nivel mundial y en nuestro país, se han incrementado las cifras con depresión. Se estima que es una de las principales causas de la cantidad de años en que los pacientes han vivido con discapacidad.

El interés de la presente investigación se basa en la importancia del diagnóstico y tratamiento de la depresión, en pacientes que se atienden en un centro de salud de la ciudad de Panamá y que además de la depresión, padecen otras enfermedades como tuberculosis, VIH, asma, cardiovasculares, gastrointestinales, entre otras.

Las investigaciones realizadas por The National Institute of Mental Health (2015) indican que las personas con depresión y otras enfermedades tienden a tener síntomas más graves de

ambas enfermedades. Tal vez tengan más dificultad para adaptarse a sus enfermedades concurrentes y mayores costos médicos que aquellas sin depresión. (NIMH, 2015).

Con esta investigación se pretende que los participantes puedan aprender a identificar sus síntomas y la tríada cognitiva de la depresión, formada por la visión negativa de sí mismo, los demás y el futuro, sus esquemas cognitivos y errores en el procesamiento de la información, que desencadenen en depresión.

La finalidad de este estudio es presentar alternativas de intervención como posibles soluciones de abordaje al programa de la depresión e impactar de forma positiva en la sociedad y en las familias, las más afectadas al contar con un familiar que presente síntomas depresivos. Con la implementación de este programa, se buscará el desarrollo físico, emocional, social y la adherencia al tratamiento médico de las participantes.

Los resultados se diseminarán por medio de los centros de salud, como acción de prevención y educación a la población que asiste a los servicios de salud.

A pesar de todos los estudios de depresión, es conveniente que se continúen realizando futuras investigaciones, debido al gran aumento y cambios de la población panameña.

Esta investigación contribuye con las investigaciones y avances en la psicología clínica y generación de conocimientos en las intervenciones en terapia cognitiva. Con los resultados de esta investigación, se beneficiarán las comunidades aledañas y los casos referidos al centro de salud.

3.3 Planteamiento de Objetivos

3.3.1 Objetivos Generales

1. Reconocer la sintomatología característica del trastorno depresivo en los pacientes de la muestra.
2. Identificar los componentes de la tríada cognitiva presentes en los pacientes que constituyen la muestra.
3. Diseñar una estrategia de intervención en Terapia Cognitiva de Aaron T. Beck para la disminución de la sintomatología de depresión.
4. Identificar los síntomas depresivos presentes en los pacientes referidos al tratamiento de depresión.

3.3.2 Objetivos Específicos

1. Evaluar el grado en que se encuentran presentes los síntomas de depresión identificados.
2. Aplicar la terapia cognitiva de Aaron T. Beck a los pacientes de la muestra con diagnóstico de depresión.
3. Validar la terapia cognitiva de Aaron T. Beck en pacientes con diagnóstico de depresión.

3.4 Sujetos

3.4.1 Universo

En un centro de salud se atienden aproximadamente 960 pacientes al año, en el área de Psicología de la consulta de atención externa. Estos pacientes son referidos por los médicos generales, especialistas, escuelas, instituciones, empresas, hospitales o de otros centros de salud nacionales.

Al comienzo de la investigación, se aplicó el Inventario de Depresión de Beck a 15 pacientes referidos por el psiquiatra y el psicólogo clínico del centro, que presentaban diagnóstico de depresión y se ajustaban a los criterios de inclusión y exclusión.

3.4.2 Muestra

La muestra estuvo conformada por 10 pacientes que participaron en la intervención en terapia cognitiva para la disminución de los síntomas depresivos. Se excluyeron de la investigación a cinco (5) pacientes que presentaban depresión extrema, con un puntaje mayor de 40, obtenido en el Inventario de Depresión de Beck, así como a otros afectados por el consumo de drogas y alcohol.

El diseño de selección de la muestra fue el muestreo por conveniencia, es decir todos los sujetos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

3.4.3 Método de selección de los participantes

Criterios de inclusión

1. Pacientes que han sido evaluados y diagnosticados por el psiquiatra y el psicólogo clínico del centro de salud de la ciudad de Panamá.
2. Al momento del estudio, presentaban síntomas depresivos medidos en la entrevista y evaluación psicológica.
3. Adultos de 18 a 35 años.
4. Saber leer y escribir.

5. Aceptación de participar en el programa y cumplir con la asistencia, puntualidad y las tareas de cada sesión.
6. Consentimiento informado y firmado por cada paciente.
7. No estar bajo tratamiento farmacológico.

Criterios de exclusión

1. No aceptar la participación en el programa, ni firmar el consentimiento informado.
2. Participación en otros programas psicológicos.
3. Pacientes con depresión que estén hospitalizados.
4. Presentar otro tipo de trastorno psiquiátrico o discapacidad intelectual.
5. Consumir drogas o alcohol.
6. Pacientes diagnosticados con depresión que se encuentren en fase de remisión.

3.5 Diseño de Investigación

Se trata de un diseño preexperimental con un solo grupo, en donde el investigador introduce una o varias variables independientes para observar los efectos que ocasionan en las variables dependientes, manipulando y ejerciendo cierto grado de control sobre las variables extrañas. (Hurtado, 2007).

De los tipos de diseños preexperimentales, utilizamos el diseño de preprueba-posprueba con un solo grupo y estudios de casos. A un grupo se le aplica una prueba previa al estímulo o al tratamiento experimental, después se le administra el tratamiento y finalmente se le aplica una

prueba posterior al estímulo. En este diseño existe un punto de referencia inicial para ver qué nivel tenía el grupo en las variables dependientes antes del estímulo. (Sampieri, 2007).

Fase preexperimental

Se desarrollan intervenciones psicológicas, basadas en el modelo cognitivo de Aaron T. Beck, en pacientes diagnosticados con depresión y se evalúan los cambios ocurridos después de las intervenciones.

Diagrama del diseño

G O1 X O2

G: grupo experimental.

O1: primera aplicación previa del Inventario de Depresión de Beck.

X: tratamiento en terapia cognitiva.

O2: aplicación final del Inventario de Depresión de Beck (posterior al tratamiento).

En este preexperimento se aplicó la preprueba al grupo que contaba con diagnóstico de depresión, antes de realizar el tratamiento. Después, se le administró el tratamiento en terapia cognitiva de Aaron T. Beck y finalmente, se les aplicó la postprueba. Se observaron los cambios de los pacientes y se compararon las mediciones antes y después de los resultados obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck.

3.6 Formulación de hipótesis

Hipótesis conceptual

La terapia cognitiva de Aaron T. Beck reducirá los síntomas entre los pacientes diagnosticados con depresión y atendidos en un centro de salud de la ciudad de Panamá.

Hipótesis operacional

Las puntuaciones obtenidas en el Inventario de Depresión de Beck serán menores al final del tratamiento que al inicio del mismo.

Hipótesis de trabajo o investigación

La terapia cognitiva de Aaron Beck reducirá los síntomas depresivos en los pacientes de la muestra.

Hipótesis nula: H_0

La terapia cognitiva de Aaron T. Beck aumentará o mantendrá los síntomas depresivos en los pacientes de la muestra.

Hipótesis estadísticas

Hipótesis No. 1- Depresión

$H_0: \mu_d \leq 0$ Los síntomas depresivos serán mayores o se mantendrán después de recibir el tratamiento.

$H_a: \mu_d > 0$ Los síntomas depresivos serán menores después de recibir el tratamiento.

Hipótesis No. 2-Ansiedad

Ho: $\mu d \leq 0$ El nivel de ansiedad que presentan los pacientes diagnosticados con depresión será mayor o se mantendrá después de recibir el tratamiento.

Ha: $\mu d > 0$ El nivel de ansiedad que presentan los pacientes diagnosticados con depresión será menor después de recibir el tratamiento.

Hipótesis No 3- Intencionalidad suicida

Ho: $\mu d \leq 0$ El grado de intencionalidad suicida que presentan los pacientes diagnosticados con depresión será mayor o se mantendrá después de recibir el tratamiento.

Ha: $\mu d > 0$ El grado de intencionalidad suicida que presentan los pacientes diagnosticados con depresión será menor después de recibir el tratamiento.

Hipótesis No 4- Desesperanza

Ho: $\mu d \leq 0$ La desesperanza que presentan los pacientes diagnosticados con depresión será mayor o se mantendrá después de recibir el tratamiento.

Ha: $\mu d > 0$ La desesperanza que presentan los pacientes diagnosticados con depresión será menor después de recibir el tratamiento.

3.7 Procedimiento de recolección de información

Al inicio de la investigación, se realizó la revisión de la literatura referente a la depresión y su tratamiento. La información de los pacientes se obtuvo de las entrevistas clínicas, pruebas psicológicas, sesiones de tratamiento y seguimiento. Se utilizó la terapia cognitiva de Aaron T. Beck, específicamente el modelo cognitivo de depresión, como marco de referencia para la

investigación. En la primera fase (pretest) se aplicaron los instrumentos de depresión, ansiedad, desesperanza e intencionalidad suicida de Beck.

Se utilizaron los siguientes instrumentos:

1. Entrevista Clínica Psicológica: Entrevista que recoge información relevante del paciente, sobre el diagnóstico, historia personal, familiar y laboral, situación actual, problemas físicos, psicológicos, conductuales, acontecimientos especiales, actitud frente al programa, motivación y registro de historias clínicas.
2. Inventario de Depresión de Beck: inventario elaborado por Beck y colaboradores (1961) para evaluar la depresión, consta de 21 ítems, correspondientes a manifestaciones o síntomas de la depresión. Los diferentes aspectos que evalúa son: Tristeza, desánimo, sentimiento de fracaso, insatisfacción, culpa, sentimiento de castigo, desprecio de sí mismo, autoculpabilidad, pensamientos suicidas, llanto, irritabilidad, aislamiento, indecisión, imagen corporal, trabajo, sueño, cansancio, apetito, sentimiento de pérdida de peso, hipocondriasis y sexualidad.
3. Inventario de Ansiedad de Beck: Cuestionario autoaplicable, compuesto por 21 ítems que describen diversos síntomas de ansiedad. Los pacientes responden en una escala que va de “nada en absoluto” a “gravemente, casi no podía soportarlo”. El BAI discrimina adecuadamente entre grupos de pacientes con y sin trastorno de ansiedad en diferentes poblaciones clínicas.

4. Escala de Intencionalidad Suicida de Beck: Cuestionario autoaplicable, compuesto por 20 ítems, que evalúa las puntuaciones altas como indicador de mayor gravedad para predecir el riesgo de nuevos intentos suicidas; es decir, a mayor puntuación, mayor riesgo de intento suicida. Las puntuaciones van de 0 a 2 y la puntuación total es la suma de cada ítem. El objetivo es conocer las características de una persona que ha intentado autoeliminarse.
5. Escala de Desesperanza de Beck: Cuestionario autoadministrado que valora la actitud de la persona ante su bienestar y sus expectativas futuras. Esta escala evalúa el factor afectivo (sentimientos de futuro), el motivacional (pérdida o no de motivación) y el cognitivo (expectativas de futuro). Consta de 20 ítems que se contestan en una escala de verdadero (11 ítems) y falso (9 ítems). La puntuación es de 0 a 1 y la puntuación máxima es 20. El resultado indica la severidad de la desesperanza de una persona y a qué punto puede ser un factor de riesgo de pensamientos suicidas e intentos autolíticos.
6. Registro diario de pensamientos distorsionados: Formulario que ayuda al paciente a combatir eficazmente sus pensamientos disfuncionales y disminuir su disforia.

En cada sesión, se realizó el seguimiento a los síntomas de los pacientes y se revisaron las tareas para casa, incluyendo el aprendizaje de las técnicas terapéuticas: Cognitivas y conductuales. Durante la primera sesión y parte de la segunda, se preparó a cada paciente para la terapia cognitiva y después, se les presentó el plan general y el fundamento teórico del tratamiento cognitivo.

A lo largo del tratamiento, nos enfocamos en la conexión entre pensamientos y sentimientos y a la vez se identificaron los significados de los sucesos ocurridos a cada paciente.

Se realizó el siguiente procedimiento: Se explicó el fundamento teórico de la terapia cognitiva y el proceso de tratamiento. Después, se le entregó a cada paciente el manual “*Coping with Depression* (¿Cómo hacer frente a la depresión?)” de Beck y Greenberg, 1974.

Se les indicó a los paciente que leyeran el manual, que subrayaran las partes que le suscitaron algún tipo de emoción o que fueran especialmente relevantes para su caso, y que realizarán las anotaciones en el manual. En la segunda sesión, se revisaron las respuestas de cada paciente.

El procedimiento general de explicar con claridad cada paso del tratamiento y cada tarea para casa, se mantuvo a lo largo de toda la terapia. Se realizó el tratamiento de la forma más comprensible para que el paciente participará activamente en la identificación de sus problemas y desarrollará estrategias de afrontamiento. En consecuencia, el paciente aprendió principios generales para identificar y resolver sus problemas.

Se utilizaron técnicas terapéuticas cognitivas y conductuales a lo largo de las sesiones.

Los inventarios de depresión, ansiedad, intencionalidad suicida y desesperanza, se aplicaron de forma individual en las primeras sesiones, después de las entrevistas clínicas psicológicas.

Al finalizar el tratamiento, se aplicaron los mismos inventarios a cada paciente, se revisaron las historias clínicas y expedientes para medir las diferencias antes y después del tratamiento.

3.8 Descripción del Instrumento del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Es un instrumento de autoinforme, compuesto por 21 ítems, cuya finalidad es medir la severidad de la depresión en adultos y adolescentes a partir de los 13 años. Esta versión del BDI fue desarrollada para evaluar los síntomas correspondientes a los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos descritos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 1994) de la American Psychiatric Association. Después de 35 años de investigación y experiencia con el BDI, se consideró propicio revisar y modificar el Beck Depression Inventory y modernizarlo. (BDI-IA; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

En los últimos años, el BDI se ha convertido en uno de los instrumentos más aceptados para evaluar la severidad de la depresión en pacientes diagnosticados y para detectar casos de depresión en poblaciones normales (Archer, Maruish, Imhof y Piotrowski, 1991; Piotrowski y Keller, 1992; Piotrowski, Sherry y Keller, 1985).

En dos revisiones exhaustivas sobre las aplicaciones y propiedades psicométricas del BDI, se ha descubierto su alta confiabilidad tanto en poblaciones clínicas como en no clínicas (Beck, Steer y Garbin, 1988; Steer, Beck y Garrison, 1986). Por ejemplo, el coeficiente alfa promedio del BDI para pacientes psiquiátricos es superior a 0,80. De igual forma, se ha establecido la

validez concurrente y de constructo del BDI con respecto a una variedad de mediciones psicológicas (Beck y Steer, 1987). Además, el BDI diferenció pacientes con depresión clínica de pacientes psiquiátricos no depresivos (Steer y otros, 1986).

El BDI original se basó en los enunciados descriptivos típicos de aquellos síntomas que habían sido reportados con frecuencia por pacientes psiquiátricos con depresión, y solo algunas veces por pacientes psiquiátricos no deprimidos (Beck y otros, 1961). Las observaciones clínicas y las descripciones de los pacientes fueron consolidadas sistemáticamente en 21 ítems que incluyeron síntomas y actitudes representativos. Estos ítems fueron organizados de acuerdo con la severidad del contenido de los enunciados alternativos. A cada ítem se le dio un valor según una escala de cuatro puntos, de 0 a 3, en términos de severidad. La versión original se diseñó para ser administrada por entrevistadores entrenados que leían a los pacientes, en voz alta, los enunciados de síntomas. Luego, los pacientes seleccionaban el enunciado de cada ítem que mejor se ajustaba a sus estados de ánimo del momento. Los entrevistadores generalmente tardaban entre 10 a 15 minutos para administrar el instrumento y se obtenían las puntuaciones mediante la suma de las elecciones que los pacientes hacían en cada uno de los 21 ítems. (Steer y otros, 1986).

Los 21 síntomas y actitudes depresivos elegidos por Beck y otros (1961) para ser incluidos en el BDI se basaron en las descripciones verbales de pacientes y no fueron seleccionados para reflejar ninguna teoría de depresión en particular. Estos ítems fueron: (1) estado de ánimo, (2) pesimismo, (3) sensación de fracaso, (4) insatisfacción (anhedonia), (5) culpa, (6) castigo, (7) disgusto consigo mismo, (8) acusaciones a sí mismo, (9) ideas suicidas, (10) llanto, (11) irritabilidad, (12) aislamiento social, (13) indecisión, (14) cambios de imagen

corporal, (15) dificultad en el trabajo, (16) insomnio, (17) fatiga, (18) pérdida de apetito, (19) pérdida de peso, (20) preocupación somática y (21) pérdida de la libido. (Steer y otros, 1986).

Consideraciones generales

Condiciones de administración del test: No presenta dificultades en su administración y es fácil de utilizar. El lugar donde se administra el test debe estar bien iluminado para permitir la lectura y además, debe ser un entorno lo suficientemente tranquilo a fin de facilitar una concentración adecuada. En el caso de individuos que presenten dificultades de lectura o problemas de concentración, el examinador puede leer en voz alta los ítems del test. (Beck y otros, 1961).

Tiempo de administración: en general se requiere entre 5 a 10 minutos. Los pacientes con depresión severa o trastornos obsesivos a menudo requieren más tiempo que el promedio. (Beck y otros, 1961).

Puntuaciones: 0-10 considerado normal, 11-16 ligero trastorno emocional, 17-20 depresión clínica borderline, 21-30 depresión moderada, 31-40 depresión severa y más de 40, depresión extrema. (Beck y otros, 1961).

Propiedades psicométricas

Fiabilidad: Sus índices psicométricos han sido estudiados de manera exhaustiva y muestran una buena consistencia interna (alfa de Crombach 0.76-0.95). La fiabilidad del test oscila aproximadamente entre $r = 0.8$, pero su estudio ha presentado dificultades metodológicas, por lo que se recomienda en estos casos variaciones a lo largo del día durante su administración. (Beck, 1988).

Validez: Muestra una correlación con otras escalas. En pacientes psiquiátricos se han encontrado valores entre 0,55 y 0,96 (media 0,72) y en sujetos no psiquiátricos entre 0,55 y 0,73 (media 0,6). Su validez predictiva como instrumento diagnóstico de cribado ha sido recientemente estudiado en una amplia muestra de población general entre 18 y 64 años, con buen rendimiento. (Lasa L., 2000).

3.9 Variables

3.9.1 Variable independiente: Programa de Intervención Psicoterapéutica para la depresión de Aaron T. Beck.

Definición conceptual: El programa para la depresión de Aaron T. Beck consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas, dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones:

1. Controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos.
2. Identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta.
3. Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados.

4. Sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas.
5. Aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias. (Beck, 2010).

Definición operacional: 15 sesiones de una hora de duración, administradas dos veces por semana a los pacientes de la muestra.

3.9.2 Variable dependiente: Depresión

Definición conceptual: Desde el modelo cognitivo, la depresión presenta un esquema que involucra una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro. A este esquema se le conoce como la tríada cognitiva. El paciente se ve a sí mismo incapaz e inútil, quizás despreciable o defectuoso. Con relación a su entorno, interpreta en términos de daños y pérdidas la mayor parte de sus experiencias vitales, al tiempo que cree que el futuro vendrá acompañado de fracasos y frustraciones. Dado que la persona con depresión se siente desesperanzada, cree que las situaciones venideras serán incontrolables; entonces, responde con pasividad, resignada a no poder modificarlas. (Beck, 1967).

Definición operacional: Puntuaciones entre 17 y 40, obtenidas en el Inventario de Depresión de Beck. Los puntos totales para interpretar el resultado obtenido son: de 0-10 considerado normal, 11-16 ligero trastorno emocional, 17-20 depresión clínica borderline, 21-30 depresión moderada, 31-40 depresión severa y más de 40, depresión extrema. El Inventario de Depresión de Beck es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuestas múltiples y a cada pregunta con una puntuación entre 0 y 3. Está compuesto por reactivos relacionados con síntomas depresivos como la desesperanza, irritabilidad, cogniciones como

culpa o sentimientos como el castigo; así como síntomas relacionados con la depresión (fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual). El objetivo es la evaluación de los síntomas depresivos y se aplica en adolescentes de 13 años en adelante y adultos. (Beck y otros, 1961).

3.10 Métodos de intervención

Planteamiento del tratamiento

La investigación se realizó en la consulta externa del área de psicología de un centro de salud de la ciudad de Panamá, en pacientes diagnosticados con depresión, que fueron evaluados en la entrevista clínica, la aplicación de inventarios, cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión y la firma de los consentimientos informados. Seguidamente, se les aplicó la intervención en terapia cognitiva de Aaron T. Beck y al finalizar se evaluaron los síntomas depresivos.

Programa de Intervención Psicoterapéutica para la depresión de Aaron T. Beck.

Primera Sesión

1. Establecer rapport.
2. Investigar las expectativas hacia la terapia.
3. Elicitar las posibles actitudes negativas hacia sí mismo, la terapia y el terapeuta.
4. Concretar los problemas más urgentes y accesibles (p. ej., desesperanza, ideas de suicidio, mal funcionamiento general y disforia grave).
5. Explicar las estrategias cognitivo-conductuales, haciendo hincapié en el fundamento teórico de las tareas conductuales y de la asignación de tareas para casa.
6. Cuestionario para registrar las actividades para la siguiente sesión.

7. Proporcionar el manual al paciente ¿Cómo hacer frente a la depresión?
8. Investigar las reacciones ante la sesión.

Al comienzo de la sesión, se estableció la agenda con el paciente, se formularon y se comprobaron las hipótesis concernientes a la situación del paciente. Se le explicó la importancia de la retroalimentación, la colaboración entre terapeuta y paciente es crucial en el avance de la terapia.

Segunda Sesión

- 1 Investigar los efectos de la primera sesión.
- 2 Revisar el registro de las actividades asignadas.
- 3 Revisar los efectos producidos por la lectura de ¿Cómo hacer frente a la depresión?
- 4 Comentar los problemas y progresos desde la sesión anterior.
- 5 Programar actividades para la siguiente sesión.
- 6 Comentar las evaluaciones de “Dominio” y “Agrado” en el registro de las actividades (opcional).
- 7 Preparar la agenda y concretar los problemas a discutir.
- 8 Investigar las reacciones ante la sesión.

Tercera Sesión

- 1 Preparar la agenda.
- 2 Investigar los efectos de la sesión anterior.
- 3 Revisar las actividades realizadas.
- 4 Discutir las reacciones de la sesión anterior.

- 5 Discutir los pensamientos automáticos negativos (opcional).
- 6 Preparar y asignar tareas.
- 7 Retroalimentación sobre la sesión.
- 8 Pedir al paciente que redacte una breve autobiografía para la siguiente sesión.

Cuarta Sesión

1. Seguir el mismo formato general que en la tercera sesión.
2. Instrucciones adicionales para identificar los pensamientos automáticos negativos (emplear la “fantasía inducida” o el juego de roles si es conveniente).
3. Explicar cómo los pensamientos automáticos constituyen distorsiones de la realidad y están relacionados con otros síntomas de la depresión.
4. Suscitar pensamientos automáticos, especialmente los relacionados con las tareas asignadas para casa.

Quinta Sesión

1. Seguir el mismo formato general que en la sesión anterior.
2. Revisar el registro de actividades, con especial énfasis en las evaluaciones de dominio y agrado.
3. Revisar y discutir los pensamientos automáticos negativos.
4. Enseñar al paciente modos de evaluar y corregir las distorsiones cognitivas (pensamientos automáticos).
5. Explicar la forma de empleo del registro diario de pensamientos distorsionados.

6. Emplear el contador de pulsera para registrar y llevar un control de los pensamientos automáticos.

Sesiones 6, 7 y 8

1. Seguir el mismo formato general que en las sesiones anteriores.
2. Continuar modificando factores psicológicos para recuperar el nivel de funcionamiento anterior a la depresión.
3. Continuar identificando pensamientos automáticos negativos.
4. Mostrar y proponer respuestas racionales a los pensamientos automáticos.
5. Asignar tareas para casa.
6. Discutir el concepto de supuesto básico.

Sesiones 8-12

1. Delegar en el paciente una mayor responsabilidad en el establecimiento de la agenda.
2. Incrementar su responsabilidad en relación con las tareas para casa.
3. Identificar y discutir los supuestos básicos. Probar su validez.

Sesiones finales 13-15

1. Preparar al paciente para el término de la terapia.
2. Fomentar la continuación de las tareas para casa y la práctica de las distintas estrategias después de haber finalizado la terapia; enfatizar el hecho de que este constituye un proceso de aprendizaje que continúa a lo largo de toda la vida del individuo.

3. Identificar aquellos problemas que se anticipen, desarrollar y practicar estrategias para hacerles frente.

3.11 Procedimiento estadístico

Se utilizaron las estadísticas inferenciales para las pruebas de hipótesis para muestras correlacionadas. Un mismo grupo es medido dos veces y se intenta determinar las diferencias observadas entre las medias de ambos. Es característica la condición de antes y después. (Valderrama, 2011, p.122).

Se empleó la prueba “t” de Student, en la cual las variables se consideran normales, estandarizadas e independientes. Es una distribución continua y se aplica tanto en muestras pequeñas como grandes. Varía entre $-\infty$ hasta $+\infty$, es simétrica con una media igual a cero. En realidad es una familia de distribuciones, asociadas cada una de ellas a sus correspondientes grados de libertad. De acuerdo al tamaño de la muestra sus “s” varían. En comparación con la normal, “t” es menos aguda en el centro que la normal y es más extendida. A medida que n aumenta, la curva de “t” se aproxima a la curva normal. Para desarrollar pruebas de hipótesis con “t”, es necesario tener evidencias de que las varianzas muestrales no son estadísticamente diferentes. A esta condición se le denomina homogeneidad de las varianzas y debe ser comprobada en cada prueba. (Valderrama, 2011, p. 118).

La información será presentada mediante gráficos para el análisis de los datos obtenidos y el cálculo del programa Excel, para pruebas de t muestras emparejadas.

CAPITULO IV- PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

CAPITULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Los resultados de esta investigación se presentan en dos secciones. En la primera parte utilizaremos los datos sociodemográficos de la muestra y los describiremos por medio de las estadísticas descriptivas. Y en la segunda parte, nos enfocaremos en el análisis y pruebas estadísticas de las hipótesis de investigación, con la utilización de las estadísticas inferenciales con un alfa de 0.05.

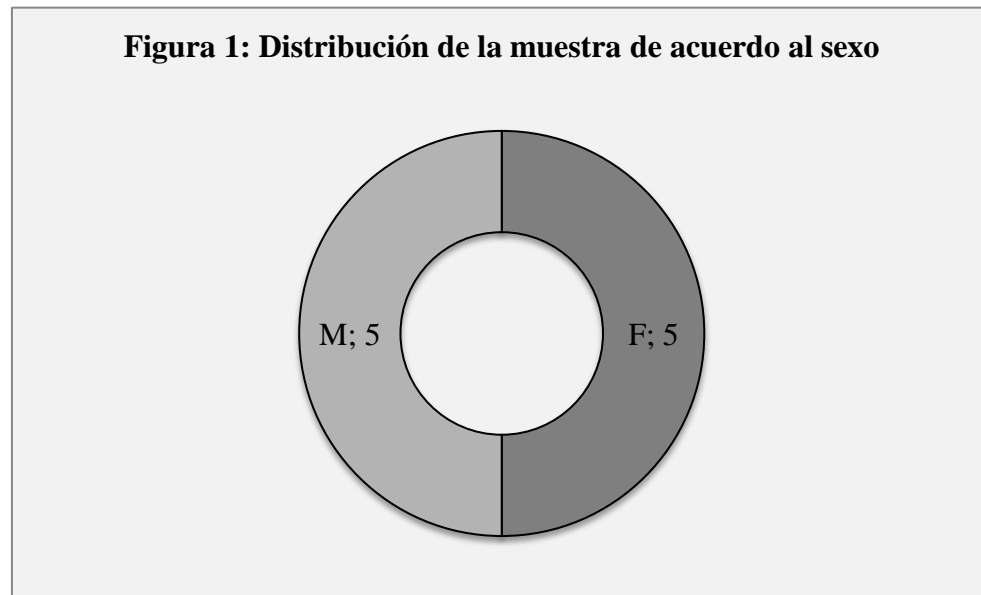
4.1 Parte. Datos sociodemográficos

Tabla 1. Características de la muestra

N°	Sexo	Edad	Nivel de Educación	Estado Civil	Ocupación	Antecedentes Familiares con depresión
1	M	21	Secundaria	Soltero	Agente de cobranza	Sí
2	M	19	Primaria	Soltero	Estudiante	No
3	M	22	Universidad	Soltero	Arquitecto	Sí
4	F	35	Secundaria	Separada	Ama de casa	Sí
5	F	27	Secundaria	Unida	Recepcionista	Sí
6	M	28	Universidad	Soltero	Diseñador Gráfico	No
7	M	24	Universidad	Soltero	Diseñador Gráfico	No
8	F	19	Primaria	Soltero	Ama de casa	Sí
9	F	21	Secundaria	Unida	Ama de casa	Sí
10	F	18	Secundaria	Soltero	Estudiante	Sí

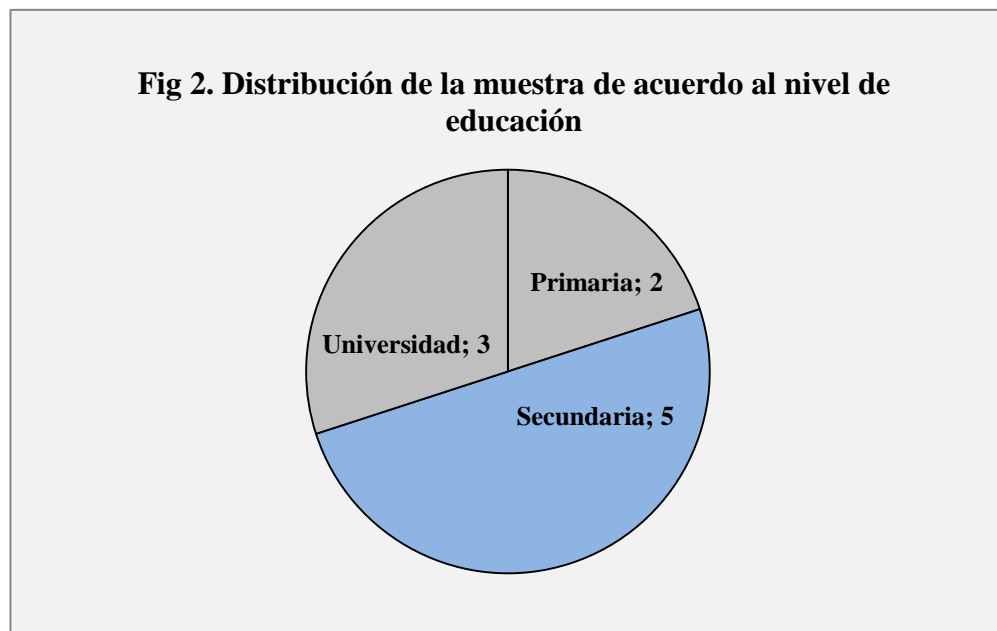
Fuente: Espinosa (2018)

Esta tabla nos presenta cómo estuvo conformada la muestra del estudio. El grupo de estudio consistió en 10 personas. Su edad promedio fue de 18 a 35 años. La información fue obtenida en las entrevistas clínicas psicológicas aplicadas a los pacientes.



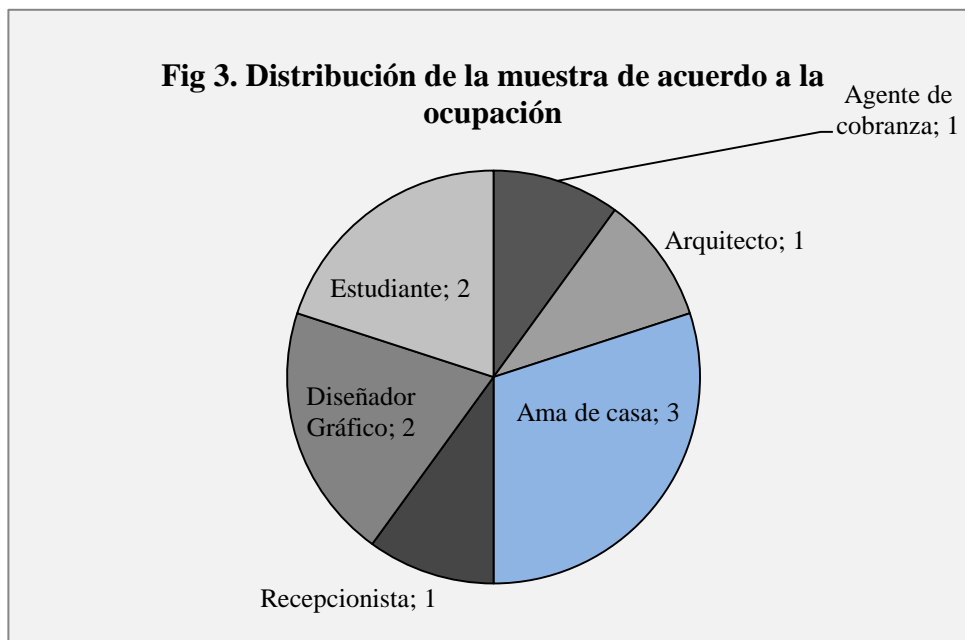
Fuente: Espinosa (2018)

La muestra estaba distribuida en 5 participantes del sexo femenino y 5 del masculino.



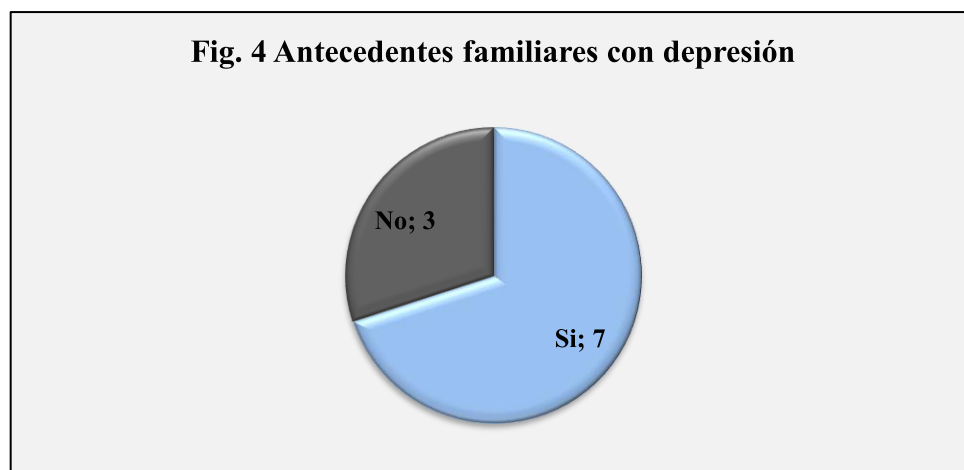
Fuente: Espinosa (2018)

La mayoría de los participantes contaba con nivel de educación de secundaria completa (5), universidad (3) y primaria completa (2).



Fuente: Espinosa (2018)

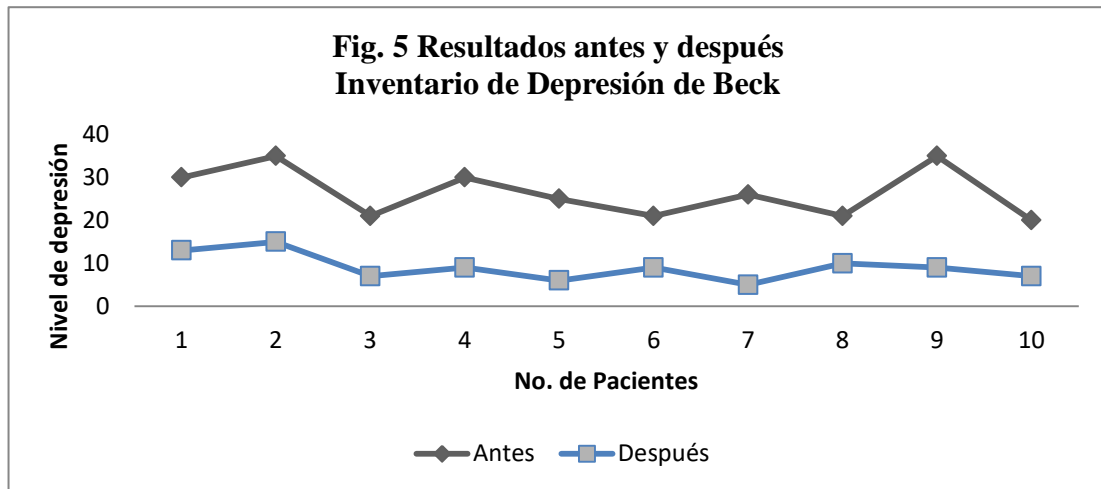
Según la ocupación de los participantes, 3 eran amas de casa, 2 estudiantes y diseñadores gráficos, 1 arquitecto, 1 recepcionista y 1 agente de cobranzas.



Fuente: Espinosa (2018)

Con base en la entrevista aplicada a los participantes, 7 indicaron que presentaban antecedentes de depresión en su familia y 3 no presentaban evidencia.

4.2 Parte. Prueba de hipótesis



Fuente: Espinosa (2018)

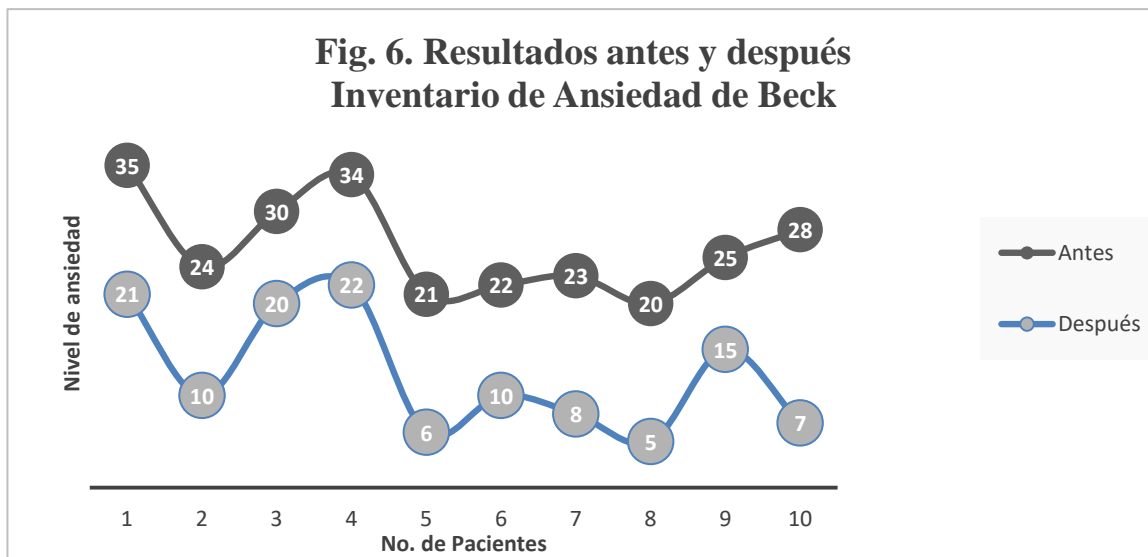
Al inicio de la intervención, los participantes marcaban puntuaciones en los rangos de 21-30 considerado como depresión moderada y dos en el rango de 31-40, como depresión severa. Al finalizar la terapia, marcaron puntuaciones entre leves y normales de depresión.

Tabla 2. Prueba T para medias de dos muestras emparejadas- Inventario de Depresión de Beck

	Variable 1	Variable 2
Media	26.4	9
Varianza	33.82222222	9.555555556
Observaciones	10	10
Grados de libertad	9	
Estadístico t	11.3801408	
P(T<=t) una cola	6.04073E-07	
Valor crítico de t (una cola)	1.833112933	

Este cuadro nos presenta el análisis estadístico y la prueba t de Student para muestras apareadas, que nos da un valor de 11.38, el cual es mayor que el valor crítico de 1.83 para una cola de 0.05. Con base en este análisis, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa.

La diferencia fue significativa en las puntuaciones antes y después, indicándonos una disminución de los síntomas depresivos.



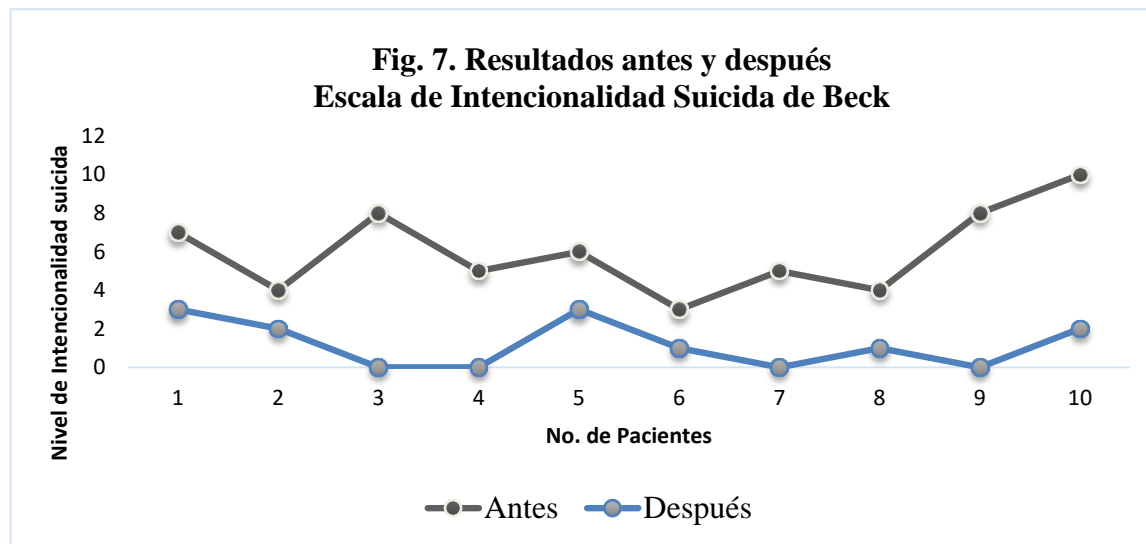
Fuente: Espinosa (2018)

Al inicio de la intervención, los participantes marcaron puntuaciones de ansiedad moderada en el rango de 22-35 y al final disminuyeron sus niveles entre 0-20, considerado como ansiedad muy baja.

Tabla 3. Prueba T para medias de dos muestras emparejadas- Inventario de Ansiedad de Beck

	Variable 1	Variable 2
Media	26.2	12.4
Varianza	28.4	42.93333333
Observaciones	10	10
Grados de libertad	9	
Estadístico t	13.67894503	
P(T<=t) una cola	1.25278E-07	
Valor crítico de t (una cola)	1.833112933	

Este cuadro nos presenta el análisis estadístico del Inventario de Ansiedad de Beck. En la prueba t de Student para muestras apareadas, nos da un valor de 13.67 mayor que el valor crítico de t a una cola de 1.83, con 9 grados de libertad. La diferencia entre las mediciones antes y después fue significativa, con una disminución de los síntomas de ansiedad.



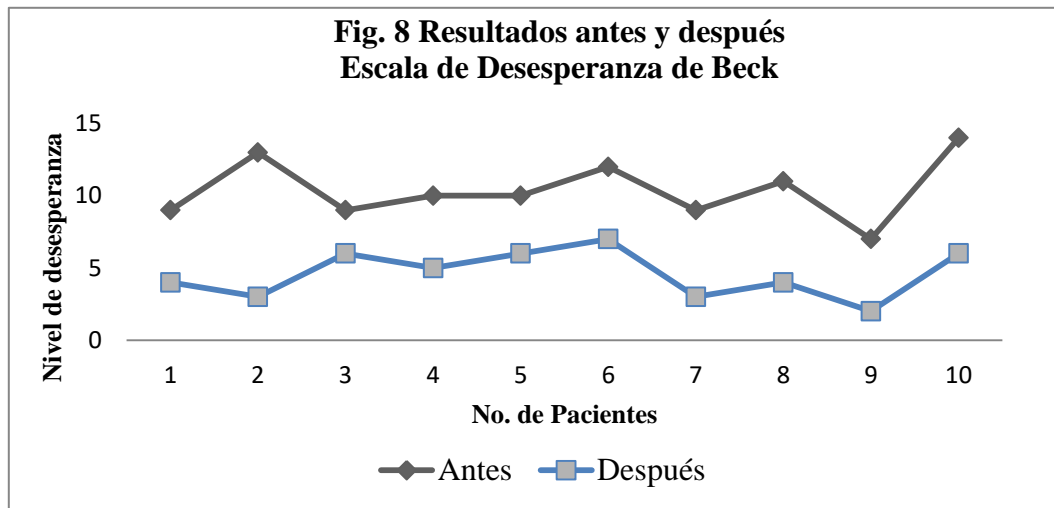
Fuente: Espinosa (2018)

Al inicio de la intervención, los participantes reflejaban puntuaciones de 3 a 10 y al finalizar de 3 a 0.

Tabla. 4 Prueba T para medias de dos muestras emparejadas- Escala de Intencionalidad Suicida de Beck

	Variable 1	Variable 2
Media	6	1.2
Varianza	4.888888889	1.511111111
Observaciones	10	10
Grados de libertad	9	
Estadístico t	6.219852664	
P(T<=t) una cola	7.75641E-05	
Valor crítico de t (una cola)	1.833112933	

El estadístico t con un valor de 6.21 es mayor que el valor crítico de t a una cola de 0.05, con 9 grados de libertad. El grado de intencionalidad suicida disminuyó después de recibir la intervención.



Fuente: Espinosa (2018)

Al inicio del tratamiento, los participantes indicaron puntuaciones de 9-20, como un riesgo alto en desesperanza y al finalizar obtuvieron puntuaciones de 0-9 considerado como riesgo bajo.

Tabla. 5 Prueba t para medias de dos muestras emparejadas-Escala de Desesperanza de Beck

	Variable 1	Variable 2
Media	10.4	4.6
Varianza	4.488888889	2.711111111
Observaciones	10	10
Grados de libertad	9	
Estadístico t	8.973364842	
P(T<=t) una cola	4.37377E-06	
Valor crítico de t (una cola)	1.833112933	

Con referencia a la prueba t para medias de dos muestras emparejadas, con un valor estadístico de t de 8.97, mayor que el valor crítico de 1.83 con una cola de 0.05; se confirma la hipótesis alternativa. La desesperanza fue menor al finalizar la intervención.

4.3 Análisis de los Resultados

La intervención en terapia cognitiva, fue efectiva en la disminución de los síntomas depresivos de los pacientes que participaron en la investigación.

De acuerdo con la prueba de hipótesis mencionamos lo siguiente:

La t obtenida resultó mayor que la t crítica a una cola de 0.05, siendo significativa la diferencia entre los resultados antes y después de la intervención. Por lo tanto, se confirma la hipótesis alternativa y se rechaza la hipótesis nula.

La terapia cognitiva de Aaron T. Beck disminuyó los síntomas entre los pacientes diagnosticados con depresión y atendidos en un centro de salud, al igual que disminuyeron los síntomas de ansiedad, intencionalidad suicida y desesperanza.

Las puntuaciones obtenidas en el Inventario de Depresión Beck fueron menores al finalizar la intervención que al inicio del mismo. Al comparar los datos de las medias, también nos indica que al inicio fue de 26.4 y después de 9, mientras que los niveles de depresión de moderada a severa (21-40) disminuyeron de leves a normales (5-16).

Comparando las diferencias entre los pacientes referidos antes y después de la intervención, observamos una notable mejoría de sus síntomas, con una visión más positiva de sí mismos, del presente y el futuro. Al inicio de la intervención, los 10 participantes mostraban desinterés, pérdida de placer, culpa, preocupación excesiva, debilidad, pensamientos autolíticos, tristeza, desesperanza y disminución del apetito.

Al finalizar, sus visiones de sí mismo, presente y futuro fueron más positivas y enfocadas a su realidad, con esquemas de pensamientos más adecuados, que contribuyeron en la mejoría de sus síntomas.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta investigación, podemos concluir que alcanzamos los objetivos generales y específicos propuestos y mencionamos lo siguiente:

1. Actualmente, la terapia cognitiva de Aaron T. Beck ha logrado grandes resultados en el tratamiento de la depresión. En el caso de la muestra que participó en esta investigación se evidenció la disminución de sus síntomas y un mejoramiento físico y emocional.
2. Al intervenir con pacientes que presentaban síntomas de depresión, descubrimos sus pensamientos disfuncionales, que desencadenaban en ideas irracionales, generando errores en el procesamiento de su información y al mismo tiempo afectando su condición de salud.
3. Identificamos síntomas como culpabilidad, preocupación, rabia, incapacidad en la realización de actividades sencillas y placenteras, tristeza, debilidad. Los problemas para los pacientes depresivos eran obstáculos, pruebas duras de la vida. Por medio de la terapia cognitiva se trabajó la triada cognitiva: Visión del depresivo (de sí mismo, su mundo y el futuro), distorsiones y errores en el procesamiento de la información de los pacientes.
4. El afrontamiento racional de los problemas, contribuye a la disminución de enfermedades, promueve la salud y calidad de vida en las personas y sus familias.
5. Un factor determinante en el aumento de los síntomas depresivos son las enfermedades crónicas, pues dificultan la mejoría de los pacientes, niegan sus condiciones médicas, rechazan sus medicamentos y en algunos casos, pueden llegar al suicidio y ocasionar grandes pérdidas económicas a sus familiares.

6. Los pacientes que presentan enfermedades crónicas y síntomas depresivos pueden desarrollar una mejor adherencia terapéutica al afrontar la depresión. Con una adecuada intervención psicológica, basada en psicoeducación y en técnicas cognitivas y conductuales, podrían mejorar los síntomas.

7. El uso de las técnicas conductuales y cognitivas fueron de gran ayuda en el desarrollo de esta intervención. Desde la utilización de las técnicas de agrado y dominio, que permitieron al paciente identificar sus emociones y sentimientos en referencia a las actividades placenteras.

8. El tratamiento de los pacientes en terapia cognitiva, junto a la medicación y la atención integral de otras especialidades, contribuyó a un avance notable en la disminución de síntomas, indicándonos que entre más integración y comunicación entre el personal médico, más rápida es la atención y la identificación del tratamiento oportuno, en el caso de las personas con depresión.

9. A pesar de la concientización y sensibilización realizada a nivel mundial y nacional, los casos de depresión van en aumento, generando dificultades físicas, emocionales y sociales en la población y afectando los sectores productivos. Como país, necesitamos crear protocolos de intervención, aumentar los recursos, desarrollar mayores estudios, programas efectivos y divulgar sus resultados.

RECOMENDACIONES

1. Desarrollar mayores investigaciones que promuevan nuevos hallazgos de la condición mental de la población panameña. Realizar, además, estudios de depresión en diferentes sectores del país para conocer la realidad nacional.
2. Efectuar seguimiento a los pacientes participantes en la intervención, con el fin de disminuir las recaídas.
3. Aplicar la terapia cognitiva en un grupo más grande para comparar los resultados obtenidos.
4. Agilizar las citas para el área de psicología en las instituciones públicas y proporcionar un manejo adecuado de las historias clínicas por parte del personal de registros médicos de los centros de salud.
5. Aumentar la cantidad de profesionales del área de la salud certificados, que puedan atender los casos de depresión.
6. Desarrollar protocolos y programas establecidos para el manejo de la depresión en diferentes edades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarado, Luis (comunicación personal, 29 octubre, 2018).
- American Psychiatric Association. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Beck, T. Aaron. (1967). Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects. New York, USA: Harper and Row.
- Beck, T. Aaron; Greenberg R.L. (1997). Recuperado de: <https://docplayer.es/14926377-luchar-contra-la-depresion-aaron-t-beck-r-l-greenberg.html>.
- Beck, T. Aaron. (2005). The current state of cognitive therapy: a 40 year retrospective. Archives of General Psychiatry.
- Beck, T. Aaron; Robert Steer; Gregory Brown. (1ª ed).(2006). Inventario de depresión de Beck. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Beck, T. Aaron. (19ª ed). (2011). Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao, España: Editorial Deesclé de Brouwer S.A.
- Caja de Seguro Social. (2017). Prevenir y tratar “Hablemos de la depresión”. Recuperado de [https:// www.css.gob.pa/web/10-abril-2017MS.html](https://www.css.gob.pa/web/10-abril-2017MS.html).
- Camarena, Héctor (2015). Aplicación y evaluación de un programa cognitivo conductual en pacientes con trastornos depresivos que asisten a la Clínica de Diabetes del Hospital Regional “Anita Moreno” de Los Santos (tesis de maestría). Recuperado de <http://khasibiup.up.ac.pa/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=191457>

- Caro, Isabel. (1997). (5ta ed). Manual de psicoterapias cognitivas. Barcelona, España: Editorial Paidós Ibérica S.A.
- Chappa J. Herbert. (2003). Distimia y otras depresiones crónicas. Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Chinchilla, Alfonso (2008). La depresión y sus máscaras. Buenos Aires: Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Clark A. David. (2da ed). (2016). Manual práctico para la ansiedad y las preocupaciones, la solución cognitiva conductual. (2da ed). Bilbao, España: Editorial Deesclé de Brouwer S.A.
- Cleghorn, John. (1993). Enfermedades mentales. D.F, México: Editorial El Manual Moderno, S.A DE C.V.
- Cook, T.D. y Campbell, D.T. (1979). Quasi-experimentation. Design and analysis issues for field settings. Chicago, USA: Rand McNally
- González, Orlando (2015) Efecto de la aplicación de la terapia cognitiva conductual en los niveles de depresión de los enfermos renales crónicos terminales atendidos en la unidad de Hemodiálisis de la policlínica “Dr. Horacio Díaz Gómez” de la ciudad de Santiago de Veraguas (tesis de maestría). Recuperado de <http://kohasibiup.up.ac.pa/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=1499>.
- Guevara, Ema (2010). Programa de recuperación para pacientes depresivos: Tratamiento PBIU (tesis de maestría). Recuperado de : <http://kohasibiup.up.ac.pa/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=214578>.
- Kazdin, Alan. (3era ed). (2001). Métodos de investigación en psicología clínica. México: Ediciones Pearson Educación.

- Marqués, María José. (1991). Probabilidad y Estadística. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Merikangas KR, Swendsen J, Hickie IB, et al.(2018). Monitoreo móvil en tiempo real de las asociaciones dinámicas entre actividad motora, energía, estado de ánimo y sueño en adultos con trastorno bipolar. *Jama Psiquiatría*. Publicado en línea, el 12 de diciembre de 2018. Recuperado de: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatric/article-abstract>.
- Ministerio de Salud (2018). Depresión. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
- Ministerio de Salud. (2017). Trastornos depresivos entre las principales causas de consulta de los servicios de salud mental del MINSA. Recuperado de: <http://minsa.gob.pa/noticia/trastornos-depresivos-entre-las-principales-causas-de-consulta-de-los-servicios-de-salud>.
- Muñoz, Ricardo. (2000). Manual de terapia de grupo para el tratamiento cognitivo-conductual de depresión. California, Estados Unidos: Rand.
- U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health. (2015). La depresión: Lo que usted debe saber (Publicación de NIH Núm. SP 15-3561). Recuperado de <http://infocenter.nimh.nih.gov>.
- U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health. (2015). Las enfermedades crónicas y la salud mental ¿Cómo reconocer y tratar la depresión?. Publicación N°. SP 15 MH 8015. Recuperado de <http://infocenter.nimh.nih.gov>.
- Organización Mundial de la Salud. (10° revisión). (1994). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud-ICD-10. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado de <http://www.who.int/iris/handle/10665>.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Depresión. Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

- Organización Mundial de la Salud. (2016). La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tienen un rendimiento del 400%. Washington DC, Estados Unidos. Recuperado de <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>
- Preston, John. (2002). Cómo vencer la depresión. México: Editorial Pax México.
- Tejedor, Lourdes (2016). Efectos de la terapia cognitivo conductual en el manejo de la depresión y calidad de vida en pacientes diagnosticadas con cáncer de mamas (tesis de maestría). Recuperado de <http://kohasibiup.up.ac.pa/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=203336>.
- Salkovsknis, Paul. (1996). Frontiers of Cognitive Therapy. New York, U.S.: The Gilford Press.
- Valderrama, Gerardo. (2011). Estadísticas aplicadas en psicología, ciencias sociales y educación. Panamá
- Vallejo, Julio. (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. (7ma ed). Barcelona, España: Editorial Masson.
- World Health Organization.(2018). ICD International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics, eleven revision. Recuperado de: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.

ANEXOS

Anexo No. 1 Consentimiento Informado

Yo _____ con cédula de identidad personal No. _____ acepto voluntariamente participar en la Intervención en Terapia Cognitiva de Aaron T. Beck para pacientes con depresión. Me comprometo asistir a las 15 sesiones de forma puntual y a realizar las tareas asignadas después de cada sesión.

Las sesiones son gratuitas, no representan ningún riesgo a la salud ni a la ética, son confidenciales y la información de cada paciente no será utilizada para otros fines, solamente para este estudio. Este programa está avalado por la Universidad de Panamá y es parte de los requisitos para optar por el grado de Maestría en Psicología Clínica de la Universidad de Panamá.

Al finalizar el programa se les entregará a los participantes los resultados obtenidos en las pruebas realizadas.

Se les agradece su apoyo en el desarrollo de esta investigación.

Atentamente,

Lcda. Anaís Espinosa

CIP: 4192

Tel/cel.: 6979-3993

Correo electrónico: anais.espinosa27@gmail.com

Firma del Participante _____ Cédula _____

Tel/ cel. _____ Correo electrónico: _____

Anexo No. 2 Inventario de Depresión de Beck

Nombre_____ Estado Civil_____ Edad_____ Sexo_____

Ocupación_____ Educación_____ Fecha_____

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego, elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido durante las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

1. Tristeza

- 0 No me siento triste
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo
- 3 Me siento tan triste o soy tan feliz que no puedo soportarlo

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estar.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que solo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que, a nivel personal, soy un fracaso total.

4. Pérdida de placer

- 0 Obtengo tanto placer, como siempre, de las cosas que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas que solía disfrutar.

5. Sentimientos de culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de castigo

- 0 No siento que esté siendo castigado.
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o deseos suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
- 2 Quería matarme.
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo.
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización.

- 0 No siento que yo no sea valioso.
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los hábitos de sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1^a Duermo un poco más que lo habitual.

1^b Duermo un poco menos que lo habitual .

2^a Duermo mucho más que lo habitual.

2^b Duermo mucho menos que lo habitual.

3^a Duermo la mayor parte del día.

3^b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormir.

17. Irritabilidad

0 No estoy más irritable que lo habitual.

1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1^a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1^b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2^a Mi apetito es mucho menor que antes.

2^b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.

3^a No tengo apetito en absoluto.

3^b Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como lo hacía habitualmente.
- 2 Me es difícil mantener la mente ocupada en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de interés en el sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo que lo que solía estar.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Anexo No. 3 Historias Clínicas

Caso No. 1

Datos Generales del paciente

Nombre: S.M.

Nivel Educativo: Secundaria

Fecha de nacimiento: 16 de marzo de 1998

Ocupación: Agente de cobranzas

Edad: 21 años

Estado Civil: Soltero

Sexo: M

Referido por: Psicólogo del centro

Motivo de consulta

“En mi trabajo discutí con una compañera, mi jefa me llamo la atención y me envió al psicólogo. Desde ese día, me siento tan solo, lloro todos los días, no tengo apetito, me he alejado de mis familiares y amigos, tengo miedo, he pensado que si me muero, nadie se preocuparía por mí y todos serían felices”.

Enfermedad actual (Breve explicación dada por el paciente)

Aproximadamente, desde hace dos meses o más, me he sentido muy triste, sin ánimos. En casa, todos me juzgan y critican por ser como soy, siempre se han burlado de mí, de mi vestimenta, forma de hablar y preferencia sexual. Cuando me siento muy triste, me corto los brazos y piernas para liberarme y sentirme mejor. He perdido el interés por salir con mis amigos, la mayor parte del tiempo estoy en mi cuarto, prefiero estar solo. Mi apetito ha disminuido, he perdido peso y me siento débil. Al recordar la historia de mi vida, desde el abandono de mis padres, específicamente de mi madre y los constantes abusos físicos y emocionales, son el resultado de mi tristeza.

Examen mental

- Conciencia: En estado de alerta, atento, consciente, respondió a todas preguntas de la entrevista.
- Orientación: Adecuada, respecto de sí mismo, en el tiempo, espacio y respecto a otras personas.
- Aspecto general: Vestimenta de acuerdo con su edad, buena higiene, inquieto y poco contacto visual.
- Actitud: Cooperador
- Ideas de tristeza, llanto fácil e ideas autolíticas: Preocupado por su situación emocional y laboral y poco apoyo por parte de sus familiares.
- Sueño: Hipersomnia
- Afectividad: Tristeza, ansiedad, miedo e irritabilidad.

- Lenguaje: Ritmo adecuado y fluido
- Concentración adecuada y memoria conservada
- Pensamiento: De curso lógico
- Contenido del pensamiento: Negación (todo lo malo me ha pasado), ideas repetitivas (nadie me quiere, a nadie le importo) e ideas sucidas y de autoagresión.

Impresión Diagnóstica

- Eje I: F.32.1 Trastorno depresivo moderado
- Eje II: ninguna
- Eje III: ninguna
- Eje IV: Z 56.9 Otros problemas relacionados con el empleo
 - Z60.4 Exclusión o rechazo social
 - Z91.4 Historia personal de trauma psicológico
- Eje V: 51-60 síntomas moderados (al inicio de la intervención)

Plan terapéutico: 15 sesiones de terapia cognitiva para la disminución de los síntomas.

Caso No. 2

Datos Generales del paciente

Nombre: L.M.

Nivel Educativo: Primaria

Fecha de nacimiento: 24 de septiembre de 2000.

Ocupación: Estudiante

Edad: 19 años

Estado Civil: Soltero

Sexo: M

Referido por: Psicólogo del centro

Motivo de consulta

“Estoy triste, quisiera desaparecer, volví a recordar todo el daño que me hizo un compañero de clases”.

Enfermedad actual (Breve explicación dada por el paciente)

Cuando tenía 12 años de edad, fui atacado por un compañero de clases que cursaba un grado más elevado. En ese momento, le conté a mis padres que mi compañero me maltrataba física y sexualmente. Mis padres me llevaron al hospital y no encontraron evidencias, ni enfermedades. Hace unos meses, volví a recordar todo lo que me pasó, creía que lo había eliminado de mi memoria, pero recuerdo todo como el primer día. Tengo mucha rabia, odio, tristeza, le grito a mis padres y hermanos, no quisiera vivir en este mundo, no puedo dormir, lloro todos los días y tengo mucha culpa por lo que me pasó. Dejé la escuela, después del incidente y no regresé más.

Examen mental

- Conciencia: Atento y consciente.
- Orientación: Temporal, espacial y autopsíquica.
- Aspecto general: Adecuado para su edad.
- Actitud: Cooperador y tenso.
- Ideas de tristeza, llanto fácil e ideas autolíticas.
- Sueño: Insomnio
- Afectividad: Tristeza, ansiedad, miedo e irritabilidad.
- Lenguaje: Velocidad rápida.
- Concentración adecuada y memoria conservada.
- Pensamiento: De curso lógico.
- Contenido del pensamiento: Ideas repetitivas (por qué a mí me sucedió esto y no a otros) e ideas sucidas.

Impresión Diagnóstica

Eje I: F.32.1 Trastorno depresivo moderado

Eje II: ninguna

Eje III: ninguna

Eje IV: Z91.4 Historia personal de trauma psicológico

Z55.9 Problema académico o educativo

Eje V: 50-41 (al inicio de la intervención)

Plan terapéutico: 15 sesiones de terapia cognitiva para la disminución de los síntomas.

Caso No. 3

Datos Generales del paciente

Nombre: R.R.

Nivel Educativo: Universidad

Fecha de nacimiento: 25 de abril de 1997

Ocupación: Arquitecto

Edad: 22 años

Estado Civil: Soltero

Sexo: M

Referido por: Psicólogo del centro

Motivo de consulta

“Mi mamá me sacó la cita porque he bajado de peso, casi ni como, prefiero dormir y estar en mi cuarto, mi autoestima está por el piso, todo me da igual”.

Enfermedad actual (Breve explicación dada por el paciente)

Mi novia terminó la relación que teníamos desde la escuela secundaria, desconozco sus razones, solo me mandó un mensaje de whatsapp, diciéndome que ya no seríamos novios, porque se cansó de mí y me eliminó de todas sus redes sociales. He querido escribirle para preguntarle sobre su decisión, pero no me atrevo. Desde ese momento, no he querido salir de casa, ni comer, lloro y escucho rock. Me he alejado de mis amigos y de mis padres. No tengo motivación para estudiar el postgrado que mis padres me están pagando y no asisto a las clases, porque no puedo concentrarme.

Examen mental

- Conciencia: Adecuada
- Orientación: Enfocada en sí mismo, tiempo y espacio.
- Aspecto general: Inadecuado, despeinado y poca higiene.
- Actitud: Desinteresado
- Ideas de tristeza y llanto fácil.
- Sueño: Hipersomnia
- Afectividad: Tristeza, ansiedad y miedo.
- Lenguaje: Adecuado
- Concentración adecuada y memoria conservada.
- Pensamiento: Disminuido
- Contenido del pensamiento: Culpa por la ruptura amorosa.

Impresión Diagnóstica

Eje I: F.32.1 Trastorno depresivo moderado

Eje II: ninguna

Eje III: ninguna

Eje IV: Z55.9 Problema académico o educativo

Eje V: 51-60 (al inicio de la intervención)

Plan terapéutico: 15 sesiones de terapia cognitiva para la disminución de los síntomas.

Caso No. 4

Datos Generales del paciente

Nombre: E.M.

Nivel Educativo: Secundaria

Fecha de nacimiento: 16 de abril de 1970

Ocupación: Ama de casa

Edad: 35 años

Estado Civil: Separada

Sexo: F

Referido por: Psicólogo del centro

Motivo de consulta

“Lo que me pasa es que he caído en depresión después de que me salió una hernia y me dijeron que tenían que operarme”.

Enfermedad actual (Breve explicación dada por el paciente)

Desde que me informaron que tenían que operarme por el dolor en la ingle, debido a una hernia, entré en depresión, me dio mucha ansiedad, taquicardia, se me subió la presión, temor por la menopausia, gastritis, síncope vasovagal del conocimiento, pierdo por un lapso de tiempo el conocimiento, no sé adónde estoy, ni quién soy, me pasa solo por diez minutos y regreso. También, me preocupa el dolor en el seno derecho. Me da temor cualquier dolor o sensación de mi cuerpo, todo lo nuevo, las situaciones en las que esté en peligro y quede fuera de control, que no pueda reaccionar por mí misma. El estrés laboral afectó mi condición de salud, falté demasiado al trabajo y me despidieron.

Examen mental

- Conciencia: Alterada, en estado alerta, el paciente está orientado y responde bien a los estímulos verbales y sensitivos.
- Orientación: Temporal, espacial y autopsíquica.
- Aspecto general: Vestimenta adecuada, higiene corporal, postura adecuada, mirada y expresión facial, responde a los estímulos externos visuales y auditivos, logra ubicarse en el tiempo, lugar y mantiene la concentración.
- Actitud: Tensa
- Ideas de tristeza: Mucha preocupación por su operación y su situación laboral.
- Sueño: Insomnio
- Afectividad: Tristeza, ansiedad y miedo.
- Lenguaje: Ritmo y velocidad: fluido y rápido.
- Concentración: Adecuada
- Memoria: Conservada

- Pensamiento: Curso lógico
- Contenido del pensamiento: Obsesiones: Idea repetitiva e hipocondríaca (me va a dar tal dolor y no lo voy a poder controlar).

Impresión diagnóstica

Eje I: F.32.1 Trastorno depresivo moderado
F45.21 Trastorno de ansiedad por enfermedad
Eje II: ninguna
Eje III: MG45 Síncope y colapso
DA42 Gastritis
BA01 Enfermedad cardíaca hipertensiva
Eje IV: Z56.9 Problemas relacionados con el empleo
Eje V: 51-60 (al inicio de la intervención)

Plan terapéutico: 15 sesiones de terapia cognitiva para la disminución de los síntomas.

Caso No. 5

Datos Generales del paciente

Nombre: W.M.

Nivel Educativo: Secundaria

Fecha de nacimiento: 17 de julio de 1992

Ocupación: Recepcionista

Edad: 27 años

Estado Civil: Unida

Sexo: F

Referido por: Psicólogo del centro

Motivo de consulta

“He peleado mucho con mi pareja, desde los últimos meses hasta la fecha; nuestra hija ha estado presente en las peleas. Me duele esta situación, me la paso llorando, no quise hacerle daño a mi familia. Desde que le conté a mi pareja que le fui infiel, me trata mal y me ofende. Hace unos días, intenté suicidarme con un cuchillo, mi pareja me lo quitó y él se cortó.

Enfermedad actual (Breve explicación dada por el paciente)

Todos los días son gritos, mi hija los escucha y nos dice:” papás no peleen”, me siento triste, mal, le fallé a mi familia. En mi trabajo, me la paso llorando, que mi jefa me preguntó y me mandó al médico a buscar ayuda, me cuesta concentrarme y atender a los clientes. En casa, solo lloro, todas las noches me quedó dormida en el sillón y no me da hambre. Mi pareja me revisa el celular y me pide que no le ponga contraseña, ya él no confía en mí. Desde que descubrió la infidelidad, peleamos mucho y nos vamos a separar. Estoy cansada, no sé qué decisión tomar, solo quiero lo mejor para mi hija. Me preocupa dónde vamos a vivir si nos separamos. Mis hermanos tienen una vida desordenada, no todos trabajan, uno es consumidor de drogas y mi hermana tiene VIH. En ocasiones, me ha tocado ayudarles con la alimentación y medicinas. Me duele mucho no contar con nadie que me ayude, mi mamá falleció cuando era niña y mi abuela nos cuidó hasta que enfermó y falleció. Solo me queda mi abuelo, aunque por la enfermedad de la diabetes, está ciego y necesita ayuda. He pensado no vivir, todo lo que me rodea es problema.

Examen mental

- Conciencia: Adecuada.
- Orientación: Temporal, espacial y autopsíquica.
- Aspecto general: Adecuada, de acuerdo con su edad.
- Actitud: Colaboradora, tensa.

- Ideas de tristeza, llanto fácil e ideas autolíticas.
- Sueño: Hipersomnia.
- Afectividad: Tristeza, ansiedad y miedo.
- Lenguaje: Ritmo: Velocidad: Fluido.
- Concentración: Adecuada.
- Memoria: Conservada.
- Pensamiento: De curso lógico.
- Contenido del pensamiento: Ideas suicidas y culpa por la infidelidad.

Impresión diagnóstica

Eje I: F.32.1 Trastorno depresivo moderado

Eje II: ninguna

Eje III: ninguna

Eje IV: Z56.9 Problemas relacionados con el empleo
Z63.0 Relación conflictiva con la pareja

Eje V: 51-60 (al inicio de la intervención)

Plan terapéutico: 15 sesiones de terapia cognitiva para la disminución de los síntomas.

Caso No. 6

Datos Generales del paciente

Nombre: D.L.

Sexo: M

Fecha de nacimiento: 4 de septiembre de 1991

Nivel Educativo: Universidad

Ocupación: Diseñador gráfico

Edad: 28 años

Estado Civil: Soltero

Referido por: Psicólogo del centro

Motivo de consulta

“Desde que mi papá nos abandonó, soy el encargado de los gastos económicos de mi casa, mi mamá ha estado insoportable, me trata como si fuera su marido. No me alcanza el dinero para nada, me siento frustrado y triste”.

Enfermedad actual (Breve explicación dada por el paciente)

Quiero hacer mi vida y mi mamá no me deja, esto me tiene alterado, de mal humor y triste. Todo me va mal, en el trabajo, peleo con mi jefe, compañeros y mi mamá en casa molestando. No puedo dormir como antes, tengo insomnio y he pensado que me gustaría desaparecer, así sería feliz, porque nadie me molestaría, ni le haría falta. Me duele la forma en que mi papá se fue de la casa, sin despedirse de mí, ni de mi mamá y encima, me deja todas las deudas de la casa y los gastos médicos de mi mamá. Hay veces que el dinero no me alcanza ni para mis gastos personales y he pedido préstamos a conocidos para pagar las deudas.

Examen mental

- Conciencia: Adecuada.
- Orientación: Temporal, espacial y autopsíquica.
- Aspecto general: Adecuada, de acuerdo con su edad.
- Actitud: Tenso y preocupado.
- Ideas de tristeza e ideas autolíticas
- Sueño: Insomnio.
- Afectividad: Tristeza e irritabilidad.
- Lenguaje: Ritmo: Velocidad: Fluido.
- Concentración: Inadecuada.
- Memoria: Conservada.

- Pensamiento: De curso lógico.
- Contenido del pensamiento: Ideas suicidas de autoeliminación y de culpa.

Impresión diagnóstica

Eje I: F.32.1 Trastorno depresivo moderado

Eje II: ninguna

Eje III: ninguna

Eje IV: Z56.9 Problemas relacionados con el empleo

Z62.820 Problemas de relación entre padres e hijos

Eje V: 51-60 (al inicio de la intervención)

Plan terapéutico: 15 sesiones de terapia cognitiva para la disminución de los síntomas.

Caso No. 7

Datos Generales del paciente

Nombre: J.F.

Nivel Educativo: Universidad

Fecha de nacimiento: 27 de enero de 1995

Ocupación: Diseñador gráfico

Edad: 24 años

Estado Civil: Soltero

Sexo: M

Referido por: Psicólogo del centro

Motivo de consulta

“Hace unos días, intenté hacerme daño, me corté y mi mamá se asustó y me sacó una cita”.

Enfermedad actual (Breve explicación dada por el paciente)

Nada tiene sentido para mí, me siento triste y solo. Me he sentido así desde que descubrí que mi novia salía con otro y salió embarazada. Por ella lo daba todo, la complacía y la amaba mucho, aunque a mi mamá no le gustaba esa relación. Le dije a mi novia que la perdonaba, que me haría cargo del bebé y ella decidió terminar conmigo. Desde ese momento, me siento así, sin ganas, triste y enojado con todos.

Examen mental

- Conciencia: Adecuada.
- Orientación: Temporal, espacial y autopsíquica.
- Aspecto general: Adecuada, de acuerdo con su edad.
- Actitud: Desinteresado.
- Ideas de tristeza e ideas autolíticas.
- Sueño: Insomnio.
- Afectividad: Tristeza, ansiedad e irritabilidad.
- Lenguaje: Ritmo: Velocidad: Fluido.
- Concentración: Inadecuada.
- Memoria: Conservada.
- Pensamiento: De curso lógico.
- Contenido del pensamiento: Ideas suicidas: Autoeliminación, autoagresión y culpa.

Impresión diagnóstica

Eje I: F.32.1 Trastorno depresivo moderado

Eje II: ninguna

Eje III: ninguna

Eje IV: Z62.820 Problemas de relación entre padres e hijos

Eje V: 51-60 (al inicio de la intervención)

Plan terapéutico: 15 sesiones de terapia cognitiva para la disminución de los síntomas.

Caso No. 8

Datos Generales del paciente

Nombre: Y.N.

Sexo: F

Fecha de nacimiento: 5 de diciembre de 2000.

Nivel Educativo: Primaria

Ocupación: Ama de casa

Edad: 19 años

Estado Civil: Soltera

Referido por: Psicólogo del centro

Motivo de consulta

“Desde que me diagnosticaron que tengo tuberculosis y VIH, me siento muy triste, me voy a morir y no podré cuidar de mi hija”.

Enfermedad actual (Breve explicación dada por el paciente)

En una de las visitas del centro de salud en la comunidad, identificaron que en mi casa había contagio. Me realicé las pruebas y salió positivo. Desde ese día, todo cambio, no puedo hacer nada, necesito la ayuda de mis tías para todo y son ellas quienes cuidan a mi bebé. Quiero estar con mi bebé, pero la enfermedad no me lo permite. Llora en mi cuarto para que nadie me vea y me siento brava conmigo misma por estar enferma. No quiero que me pase lo mismo de mi mamá, ella se murió cuando yo era niña. También me pone triste que el papá de mi bebé se fue de la casa y no me ayuda con los gastos.

Examen mental

- Conciencia: Adecuada.
- Orientación: Temporal, espacial y autopsíquica.
- Aspecto general: Adecuada, de acuerdo con su edad.
- Actitud: Cooperadora.
- Ideas de tristeza.
- Sueño: Hipersomnia.
- Afectividad: Tristeza, ansiedad e irritabilidad.
- Lenguaje: Ritmo: Velocidad: fluido.
- Concentración: Adecuada.
- Memoria: Conservada.
- Pensamiento: De curso lógico.

- Contenido del pensamiento: Culpa.

Impresión diagnóstica

Eje I: F.32.1 Trastorno depresivo moderado

Eje II: ninguna

Eje III: 1B10.0 Tuberculosis respiratoria confirmada

1C60.Z Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana asociada a tuberculosis

Eje IV: Z63.0 Relación conflictiva con la pareja

Eje V: 51-60 (al inicio de la intervención)

Plan terapéutico: 15 sesiones de terapia cognitiva para la disminución de los síntomas y adherencia a su tratamiento médico.

Caso No. 9

Datos Generales del paciente

Nombre: T.L.

Nivel Educativo: Secundaria

Fecha de nacimiento: 10 de agosto de 1998

Ocupación: Ama de casa

Edad: 21 años

Estado Civil: Unida

Sexo: F

Referido por: Psicólogo del centro

Motivo de consulta

“Tengo tuberculosis, no puedo atender a mis hijos, ni a mi esposo”.

Enfermedad actual (Breve explicación dada por el paciente)

Desde que tengo esta enfermedad, me siento débil, cansada, todos los días tengo que venir al centro a buscar las medicinas y cremas. No puedo atender a mis hijos como antes, tengo miedo que se les pase la enfermedad. Mi esposo me pide que esté con él, no puedo ni siquiera darle un beso, porque puedo contagiarlo. Quiero mi vida de antes, todo lo estoy perdiendo por esta enfermedad. Es tan triste todo lo que me pasa, sé que mi calidad de vida se disminuye y aunque se vaya la enfermedad, puede regresar y me puedo morir.

Examen mental

- Conciencia: Adecuada.
- Orientación: Temporal, espacial y autopsíquica.
- Aspecto general: Adecuada, de acuerdo con su edad.
- Actitud: Cooperadora.
- Ideas de tristeza.
- Sueño: Insomnio.
- Afectividad: Tristeza, ansiedad, miedo e irritabilidad.
- Lenguaje: Ritmo: Velocidad: Fluido.
- Concentración: Inadecuada.
- Memoria: Conservada.
- Pensamiento: De curso lógico.
- Contenido del pensamiento: Culpa.

Impresión diagnóstica

Eje I: F.32.1 Trastorno depresivo moderado

Eje II: ninguna

Eje III: 1B10.0 Tuberculosis respiratoria confirmada

Eje IV: Z63.0 Relación conflictiva con la pareja

Eje V: 51-60 (al inicio de la intervención)

Plan terapéutico: 15 sesiones de terapia cognitiva para la disminución de los síntomas y adherencia a su tratamiento médico.

Caso No. 10

Datos Generales del paciente

Nombre: A. P.

Nivel Educativo: Secundaria

Fecha de nacimiento:

Ocupación: Estudiante

Edad: 18 años

Estado Civil: Soltera

Sexo: F

Referido por: Psicólogo del centro

Motivo de consulta

“No me gusta mi cuerpo, estoy muy delgada, no soy atractiva para otros hombres.

Enfermedad actual (Breve explicación dada por el paciente)

Me siento fea, quisiera tener el cuerpo como mis amigas, nadie me mira. Le pedí a mi mamá que me regalara una cirugía de aumento de senos de cumpleaños, no le pedí más regalos. Tengo novio y pienso que él está conmigo solo por lástima, peleo casi todos los días con él. Los amigos de mi novio le dicen que me deje, que no soy mujer para él, que hay mejores. Esta situación me tiene triste, sin ánimos, no quiero hacer nada, ni mucho menos salir con mis amigos. Me corté con una gillete en los brazos, para sentirme mejor. La única que se preocupa por mí es mi abuela, porque mi mamá está saliendo con una nueva persona y me ha abandonado.

Examen mental

- Conciencia: Adecuada.
- Orientación: Temporal, espacial y autopsíquica.
- Aspecto general: Adecuada.
- Actitud: Cooperadora.
- Ideas de tristeza, llanto y autolíticas.
- Sueño: Insomnio.
- Afectividad: Tristeza, miedo e irritabilidad.
- Lenguaje: Ritmo: Velocidad: Fluido.
- Concentración: Adecuada.
- Memoria: Conservada.
- Pensamiento: De curso lógico.
- Contenido del pensamiento: Ideas suicidas: Autoeliminación y autoagresión.

Impresión diagnóstica

Eje I: F.32.1 Trastorno depresivo moderado

Eje II: ninguna

Eje III: ninguna

Eje IV: Z63.0 Relación conflictiva con la pareja

 Z62.820 Problemas de relación entre padres e hijos

Eje V: 51-60 (al inicio de la intervención)

Plan terapéutico: 15 sesiones de terapia cognitiva para la disminución de los síntomas.

Luchar contra la depresión

Aaron T. Beck - R. L. Greenberg

Traducción y adaptación: Jon Arruabarrena, 1997

Señales de depresión

- "Mi mujer me ha dejado porque no soy lo bastante bueno para ella. Nunca podré vivir sin ella".
- "Me estoy quedando sin pelo. Estoy perdiendo mi atractivo. Nadie se fijará en mí nunca más".
- "Soy una secretaria horrible, malísima. Mi jefe me conserva solo porque siente pena de mí. Nada de lo que intento hacer me sale bien".
- "Soy incapaz de hacer cualquier trabajo de casa. Mi matrimonio se está yendo a pique".

Estos pensamientos son típicos de la gente cuando está deprimida. Aunque estas ideas puedan parecer correctas en un primer momento, de hecho muestran un cambio en la forma en que una persona puede llegar a pensar acerca de sí misma. Este cambio en el pensar, sentir y actuar es una característica típica de la depresión. Aunque el cambio puede venir poco a poco, la persona deprimida es diferente ya en el comienzo de su trastorno.

Hay muchos ejemplos de este cambio:

- El hombre de negocios con éxito que cree estar al borde de la bancarrota.
- La madre fiel que quiere abandonar a sus hijos.
- El gastrónomo que odia la comida.
- El playboy que se siente a disgusto con las mujeres.

En lugar de buscar el placer, la persona deprimida lo evita. En lugar de cuidar de sí mismo, se desatiende de sí mismo y de su apariencia. El instinto de supervivencia puede dar paso a un deseo de acabar con la vida. El coraje para tener éxito puede ser reemplazado por la pasividad y la renuncia.

La señal típica de depresión y la más obvia es la tristeza: Pesimismo, soledad, apatía. El deprimido puede encontrarse llorando, incluso cuando parece no haber nada por lo que llorar o puede que le sea imposible llorar cuando de verdad ocurre un hecho triste. Puede que tenga problemas para conciliar el sueño o que se despierte temprano por la mañana y sea incapaz de volver a dormirse. O al revés, puede que duerma más de lo normal, por sentirse constantemente cansado. Puede que pierda apetito y peso o que coma más de lo normal y que gane peso.

Lo típico de la persona deprimida es que se vea a sí misma de una forma muy negativa. Puede creer que está solo y desamparado en el mundo y a menudo se culpa a sí mismo por pequeñas faltas o defectos. Es pesimista acerca de sí mismo, del mundo que le rodea y de su futuro. Pierde todo interés por lo que sucede a su alrededor y ya no le satisfacen las actividades con las que antes disfrutaba. A menudo tiene problemas a la hora de tomar una decisión o para llevar a cabo decisiones que ya había tomado.

Algunas personas pueden encontrarse deprimidas sin mostrar el típico sentimiento de tristeza, abatimiento y melancolía. En lugar de ello, puede que se quejen de malestar físico o sean víctimas del alcoholismo u otra drogadicción. Cuando una persona siempre parece estar cansada o aburrida de lo que hace normalmente, puede que esté deprimida. Cuando los niños inteligentes van mal en la escuela durante cierto tiempo, esto también puede apuntarnos a una depresión. Incluso hay evidencias de que un niño excepcionalmente activo puede estar compensando una depresión subyacente.

Nuevos avances de la investigación

Es muy común entre la gente deprimida la creencia de que ellos han perdido algo muy importante para ellos, aunque no sea este el caso a menudo. La persona deprimida cree que es un "perdedor" y que siempre será un perdedor, que debe ser una persona despreciable y mala y que quizá no merezca vivir. Puede incluso llegar al suicidio.

Recientemente, un proyecto de investigación de 10 años, patrocinado por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, intentó explicar la persistencia de estos sentimientos desagradables en las personas deprimidas. Estos investigadores encontraron que un factor importante reside en el hecho de que la persona deprimida interpreta muchas situaciones de manera incorrecta. En otras palabras, la persona deprimida se siente triste y aislada porque piensa, erróneamente, que es incapaz y que está desamparado.

Por lo tanto, se puede ayudar a un paciente deprimido haciéndole cambiar sus errores de pensamiento, más que concentrándonos en su humor triste.

En nuestros trabajos, hemos encontrado que, pese a la baja opinión que tienen de sí mismos, los pacientes deprimidos realizan tan bien como las personas normales una serie de tareas complejas. En un caso, pedimos a unos pacientes deprimidos que resolvieran una serie de pruebas de dificultad creciente, que incluían lectura, comprensión y expresión oral. A la vez que los pacientes comenzaron a experimentar éxito en estas tareas, fueron haciéndose más optimistas. Su humor y la imagen que tenían de sí mismos mejoró. Incluso resolvieron mejor otras pruebas cuando se les pidió más tarde.

El pensamiento y la depresión

Estos descubrimientos suponen nuevos caminos para tratar la depresión y nuevas formas en que los deprimidos pueden aprender a ayudarse a sí mismos.

Como resultado de estas investigaciones, los psicoterapeutas se han interesado por los diferentes tipos de afirmaciones que las personas se hacen a sí mismas, esto es, qué es lo que piensan. Hemos descubierto que las personas deprimidas continuamente tienen pensamientos desagradables y que con cada pensamiento negativo el sentimiento de depresión va en aumento. Sin embargo, estos pensamientos -por lo general- no están basados en hechos reales y hacen que una persona se sienta triste cuando no existe ninguna razón objetiva para sentirse de esa manera. Los pensamientos negativos pueden mantener al deprimido alejado de aquellas actividades que pueden hacerle sentirse mejor. Al final, es probable que experimente pensamientos de lo más críticos acerca de ser "perezoso" o "irresponsable", lo cual le hará sentirse aún peor.

Para poder comprender los pensamientos erróneos, considere el siguiente ejemplo. Suponga que va paseando por la calle y se cruza con un amigo que parece que le ignora por completo.

Naturalmente se siente triste. Puede que se pregunte por qué su amigo le ha desairado. Más tarde, le menciona el incidente a su amigo y este le responde que estaba tan preocupado por un asunto personal que ni siquiera lo vio a usted. Normalmente, se sentirá mejor y olvidará el suceso. Pero si está deprimido, probablemente pensará que su amigo le ha rechazado. Puede que ni siquiera le pregunté por lo sucedido, permitiendo que el malentendido persista.

Las personas deprimidas cometen tales errores una y otra vez. De hecho, pueden llegar a confundir propuestas amistosas con rechazos. Tienden a ver la parte negativa de las cosas en lugar de la positiva. Y no se detienen a comprobar si pueden haber cometido algún error al interpretar las situaciones.

Si está deprimido, muchos de sus pensamientos desagradables se basan en errores del pensamiento. Estos errores tienen que ver con la forma en que usted piensa acerca de sí mismo y la forma en que juzga las cosas que le ocurren.

A pesar de todo, posee muchas habilidades y puede ser bueno resolviendo problemas relacionados con otras áreas. De hecho, usted ha resuelto problemas durante toda su vida. Como un científico, puede aprender a utilizar su poder de razonamiento y su inteligencia para evaluar su pensamiento y ver si es realista. De esta forma, puede evitar alterarse con cada experiencia que, a primera vista parece desagradable.

Puede ayudarse a sí mismo:

1. Reconociendo sus pensamientos negativos.
2. Corrigiéndolos y sustituyéndolos por otros más realistas.

Registro de pensamientos negativos

Siempre que empiece a notar un pequeño sentimiento de tristeza (por muy pequeño que éste sea), vuelva la vista atrás y trate de recordar qué pensamiento provocó o hizo aumentar su sentimiento

de tristeza. Este pensamiento puede ser una reacción a algo que ha ocurrido hace poco, quizás hace una hora o hace unos minutos o puede que se trate del recuerdo de un suceso pasado.

El pensamiento puede contener uno o más de los siguientes temas:

1. Una opinión negativa de sí mismo. Esta noción aparece a menudo si se compara con otras personas que parecen ser más atractivas, más afortunadas, más capaces o más inteligentes: "Soy mucho peor estudiante que Miguel", "He fallado como padre", "Carezco por completo de entendimiento o talento para esto". Puede que se haya preocupado más de una vez con ideas como estas acerca de sí mismo, o que haya meditado sobre incidentes del pasado en los que la gente parecía despreciarle o desdeñarle. Puede que se considere a sí mismo como un inútil y una carga para los demás y suponga que sus amigos y familiares serían felices si se libran de usted.

2. Autocrítica y Autoculpa. La persona deprimida se siente triste porque focaliza toda su atención en sus presuntos defectos. Se culpa a sí mismo por no trabajar tan bien como él cree que debería hacerlo, por no explicar bien las cosas o por causar desgracias a los demás. Cuando las cosas van mal, la persona deprimida probablemente decidirá que es por su culpa. Incluso, los acontecimientos felices pueden hacerle sentirse peor si usted piensa: "Yo no merezco esto. Soy indigno." A causa de su baja opinión de sí mismo, puede estar haciéndose excesivas demandas a sí mismo. Puede que esté exigiéndose ser una perfecta ama de casa o un amigo siempre leal o un médico de un criterio médico infalible. Usted puede venirse abajo si piensa: "Debería haber hecho un trabajo mejor."

3. Interpretaciones negativas de los sucesos. Una y otra vez puede encontrarse respondiendo de manera negativa a situaciones que no le molestan en absoluto cuando no se encuentra deprimido. Si tiene problemas en encontrar un lápiz, por ejemplo, puede pensar: "¿Por qué todo tiene que ser difícil para mí?" Cuando gasta algo de dinero, puede que se sienta triste como si hubiera perdido una gran suma. Puede entender como reproches los comentarios que otra gente hace, o pensar que no les gusta, aunque ellos se comporten tan amistosamente como siempre.

4. Desesperanza en el futuro. Quizás se haya habituado a pensar que nunca superará sus sentimientos de tristeza o sus problemas actuales y piense que estos durarán siempre. O quizás no confíe demasiado cada vez que intente un trabajo nuevo: "Seguro que no valgo para esto." Una mujer deprimida se imaginaba siempre a sí misma arruinando una cena cada vez que cocinaba para unos invitados. Un hombre se veía a sí mismo despedido de su trabajo por un pequeño error que había cometido. La persona deprimida tiende a aceptar el fallo futuro y la infelicidad como algo inevitable y puede llegar a decirse que es inútil intentar que su vida vaya mejor.

5. «Mis Responsabilidades son abrumadoras». Tiene que hacer tanto en casa como en el trabajo, las mismas tareas que ha llevado a cabo anteriormente e infinidad de veces, pero ahora piensa que es completamente incapaz de hacerlas o que le llevará meses o años el poder terminarlas. O se dice a sí mismo que tiene tantas cosas que hacer que no hay manera humana de organizarse en el trabajo. Algunos pacientes deprimidos se privan del descanso o de tiempo para dedicarse a sus aficiones personales por lo que ellos ven como obligaciones imperiosas, que aparecen por todas

partes. Quizás experimenten sensaciones físicas que acompañan a estos pensamientos, sensaciones de falta de aliento, náuseas o dolor de cabeza.

Lo que debería saber acerca de los pensamientos negativos

En la primera página de este manual, se ofrecían diversos ejemplos de pensamientos de gente deprimida. Una persona no depresiva puede ocasionalmente tener este tipo de pensamientos, pero generalmente es capaz de alejarlos de su mente. La persona depresiva, sin embargo, pasa todo su tiempo dando vueltas con ellos, siempre pensando acerca de su propia valía o acerca de lo que la vida puede ofrecerle. He aquí una serie de ideas para reconocer los pensamientos depresivos:

1. Los pensamientos negativos tienden a ser automáticos. No acuden a nuestra mente tras un proceso de razonamiento lógico; más bien, parece que nos asaltan. Estos pensamientos se basan más en la pobre imagen que el depresivo tiene de sí mismo, que en hechos reales.
2. Los pensamientos son irracionales y no sirven para ningún propósito útil. Estos pensamientos le hacen sentirse peor y llegan a influir en su manera de conseguir lo que realmente desea de la vida. Si lo considera con detenimiento, probablemente se dará cuenta de que llega a conclusiones que no son en absoluto adecuadas. Su psicoterapeuta podrá mostrarle cuán irracionales son sus pensamientos negativos.
3. Incluso, siendo totalmente irracionales, estos pensamientos le pueden parecer perfectamente adecuados. Normalmente los aceptamos como razonables y correctos, tanto como pensamientos realistas del tipo: "Suenan el teléfono, debería responderlo".
4. Cuanto más crea una persona en estos pensamientos negativos (es decir, cuanto más honda sea su creencia en ellos), peor se sentirá.

Si usted permite que le atrapen estos pensamientos, descubrirá que está interpretando todo desde un punto de vista negativo. Tenderá cada vez más a darse por vencido cada vez que todo le parezca irremediable. Pero el darse por vencido es perjudicial, porque las personas deprimidas a menudo interpretan el hecho de perder la esperanza como otro síntoma de inferioridad y fallo.

Puede ayudarse a sí mismo, aprendiendo a reconocer sus pensamientos negativos y comprendiendo por qué son incorrectos e ilógicos. Revise las características descritas y observe cómo se ajustan a sus pensamientos negativos.

Errores de pensamiento típicos

El pensamiento incorrecto conduce a la depresión y la agrava. Probablemente cometa uno o más de los siguientes errores. Léalos y vea cuál le corresponde.

1. Exagerar. Interpreta ciertos acontecimientos de una forma extrema. Por ejemplo, si está teniendo una dificultad en su trabajo, empezará a pensar que aquello acabará en desastre. Exagera los problemas y los posibles perjuicios que estos puedan ocasionar. Al mismo tiempo, subestima su capacidad para resolverlos. Llega a conclusiones si tener evidencias y cree que su conclusión ha de ser correcta. Un hombre que invirtió todos su ahorros en comprarse una nueva casa empezó a sospechar que la casa podría tener termitas. Inmediatamente llegó a la conclusión de que la casa se iría a caer y dejaría de tener valor, y que había malgastado su dinero. Estaba convencido de que no podría hacer nada para salvar la casa.

2. Sobregeneralizar. Hacer una afirmación general que enfatiza lo negativo: "Nadie me quiere", "Soy un completo desastre", "Nunca conseguiré lo que deseo", Si riñe con alguien que conoce, piensa: "Estoy perdiendo a todos mis amigos".

3. Ignorar lo positivo. Recuerda solo los acontecimientos negativos. Cuando aconsejamos a una mujer depresiva que escribía un diario, se dio cuenta de que los acontecimientos positivos tenían lugar más a menudo de lo que ella estaba dispuesta a admitir, y que en realidad lo que ocurría era que no les prestaba atención y luego los olvidaba. O quizás para ella, estos acontecimientos no tenían tanta importancia.

Un hombre que atravesó durante varias semanas por un periodo tan depresivo que incluso era incapaz de vestirse, se dedicó a pintar su habitación durante ocho horas. Cuando acabó, se disgustó consigo mismo por no conseguir exactamente los resultados que se había marcado. Afortunadamente, su mujer fue capaz de hacerle ver el buen trabajo que había hecho.

Por otra parte, puede tener la tendencia a percibir algunos sucesos positivos como desastres. Por ejemplo, una chica deprimida recibió una carta de su novio, carta que pensó que era de rechazo. Con un gran dolor, ella rompió su relación con él. Tiempo después, cuando ella dejó de estar tan deprimida, volvió a leer la carta y no observó ningún ánimo de rechazo en ella. Lo que ella había recibido no era una carta de rechazo, sino de amor.

QUÉ HACER

1. La agenda diaria. Intente planificar todas sus actividades para llenar todas las horas del día. Haga una lista de cosas y tareas a las que decida ocuparse cada día. Empiece con la actividad más fácil de llevar a cabo y siga progresando con actividades más difíciles. Evalúe cada actividad cuando la realice. Esta agenda puede servirle como recordatorio de sus experiencias de dominio y agrado.

2. Método de "Dominio y Agrado". Usted tiene más aficiones de las que normalmente es consciente. Escriba una lista de las tareas diarias y adscríbalas una letra D (dominio) a aquellas en las que demuestre algún logro y una letra A (agrado) a aquellas que le reporten algo de placer.

3. Los ABC del cambio de sentimientos. La mayoría de la gente que se deprime cree que su vida es tan mala que es normal sentirse triste. En realidad, sus sentimientos derivan de lo que piensa e interpreta acerca de lo que le ocurre.

Si piensa detenidamente en un acontecimiento reciente que le ha perturbado y deprimido, podrá ser capaz de diferenciar tres aspectos del problema:

a) El suceso

b) Sus pensamientos

c) Sus sentimientos

La mayoría de la gente solo es consciente de los puntos A y C.

Suponga, por ejemplo, que su mujer se olvida de su cumpleaños (A). Se siente herido, decepcionado y triste (C). Lo que realmente le está haciendo infeliz es el significado que atribuye al acontecimiento (B).

Piensa (B): "El olvido de mi mujer significa que ella ya no me quiere". "He perdido mi atractivo hacia ella y hacia los demás". Entonces puede seguir pensando que sin la aprobación y admiración de su mujer, nunca podrá ser feliz. Sin embargo, es bastante posible que su mujer haya estado demasiado ocupada en otras cosas o que no participe de su entusiasmo para las celebraciones. Ha estado sufriendo a causa de la improbable veracidad de sus conclusiones, no del hecho en sí mismo.

4. Si está experimentando un sentimiento de tristeza, revise su cadena de pensamientos. Intente recordar lo que ha estado "pasando por su cabeza". Estos pensamientos pueden haber sido su reacción "automática" a algo que ha sucedido: El comentario jocoso de un amigo, recibir una factura por correo, el comienzo de un dolor de estómago, una ensoñación. Probablemente, encontrará que estos pensamientos eran muy negativos y que creyó en ellos.

5. Intente corregir sus pensamientos. Para ello, trate de contraponer a cada pensamiento negativo que le vaya surgiendo, otro positivo. Notará que empieza a ver la vida desde una perspectiva más realista y lo que es más importante, que se siente mejor.

Un ama de casa se sentía melancólica porque ninguna de sus amigas le había telefoneado durante algunos días. Cuando lo pensó, se dio cuenta de que María estaba en el hospital, Juana fuera del pueblo y Elena realmente le había llamado. Sustituyó esta explicación alternativa para sus pensamientos negativos: «Soy un poco despietada», y comenzó a sentirse mejor.

6. La Técnica de la doble columna. Escriba sus pensamientos automáticos negativos en una columna y las repuestas a estos pensamientos (los positivos) en otra.

Por ejemplo:

Pensamiento automático

Respuesta Racional

Él no me ha llamado. Ya no me quiere.

Él está muy ocupado y piensa que estoy mejor que la semana pasada. Por tanto, no cree que deba preocuparse por mí.

Resolver problemas difíciles. Si un trabajo concreto que debe llevar a cabo parece demasiado complejo o pesado, intente escribir cada uno de los pasos que necesita desarrollar para cumplir con él y después, dedíquese solo a un paso cada vez. Problemas que a primera vista parecen imposibles de solucionar pueden ser resueltos mediante esta sencilla técnica.

Si se paraliza solo con la aproximación a un problema y ve que no progresa, intente escribir vías alternativas de abordar el problema. Pregunte a otras personas cómo pudieron ellos superar esta dificultad. Nosotros hemos denominado a esta forma alternativa de observar y resolver los problemas como "Terapia Alternativa".

Psicoterapia

Su psicoterapeuta puede ayudarle a identificar y corregir las ideas irracionales y los pensamientos automáticos que le llevan a conclusiones erróneas sobre sí mismo y sobre los demás. También puede ayudarle a idear maneras de tratar con más efectividad los problemas reales, los del día a día. Con su ayuda y esfuerzo, podrá comenzar a sentirse mejor. Y puede aprender a responder con menos dosis de depresión y sufrimiento cuando se encuentre con otras dificultades en el futuro.